

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 27 Décembre 1895, à 1 heure*

Par EDMOND DELARUE

Né à Marolles (Aube), le 27 avril 1869.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DES

FISTULES SALIVAIRES

*Président : M. TILLAUX, professeur.*

*Professeur : M. RECLUS.*

*Agrégés : MM. { DELBET.  
BROCA.*

- Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 27 Décembre 1895, à 1 heure*

Par EDMOND DELARUE

Né à Marolles (Aube), le 27 avril 1869.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DES

FISTULES SALIVAIRES

*Président :* M. TILLAUX, professeur.

*Professeur :* M. RECLUS.

*Agrégés :* MM. { DELBET.  
BROCA.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine. 15

1895

## FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                    |                  |                |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
|                                                                    | Doyen..... M.    | BROUARDEL.     |
|                                                                    | Professeurs..... | MM.            |
| Anatomie.....                                                      |                  | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   |                  | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             |                  | GABRIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           |                  | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |                  | N...           |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |                  | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           |                  | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |                  | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.....                                         |                  | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    |                  | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       |                  | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.....                                                 |                  | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             |                  | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       |                  | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                               |                  | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |                  | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |                  | LABOULBÈNE.    |
|                                                                    |                  | STRAUS.        |
|                                                                    |                  | SÉE (G.)       |
| Clinique médicale.....                                             |                  | POTAIN.        |
|                                                                    |                  | JACCOUD.       |
|                                                                    |                  | HAYEM.         |
|                                                                    |                  | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants.....                                          |                  | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |                  | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..                 |                  | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |                  | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.....                                         |                  | LE DENTU.      |
|                                                                    |                  | TILLAUX.       |
|                                                                    |                  | BERGER.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |                  | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique.....                                     |                  | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.....                                       |                  | TARNIER.       |
|                                                                    |                  | PINARD.        |

### *Professeurs honoraires*

MM. SAPPEY, PAJOT.

### Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.                    | MM.               | MM.      |
|--------------|------------------------|-------------------|----------|
| ACHARD.      | GAUCHER.               | MENETRIER.        | THIERRY. |
| ALBARAN.     | GILBERT.               | NELATON.          | THOINOT. |
| ANDBÉ.       | GILLES DE LA TOURETTE. | NETTER.           | TUFFIER. |
| BAR.         | GLEY.                  | POIRIER, chef des | WALTER.  |
| BONNAIRE.    | HARTMANN.              | travaux anatomi-  | VARNIER. |
| BROCA.       | HEIM.                  | ques.             | WIDAL.   |
| CHANTEMESSE. | LEJARS.                | REITTERER.        | WEISS.   |
| CHARRIN.     | LETULLE.               | RICARD.           | WURTZ.   |
| CHASSEVENT.  | MARFAN.                | ROGER.            |          |
| DELBET.      | MARIE.                 | SEBILLEAU.        |          |

*Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en eût leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

*Témoignage d'affection et de reconnaissance.*

A MA SŒUR.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MÈS MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine  
Ancien président de la Société de Chirurgie  
Chirurgien à la Charité  
Commandeur de la Légion d'honneur



## INTRODUCTION



Ayant eu l'occasion de voir dans le service de M. le docteur Reynier, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, un cas de fistule salivaire, nous avons cru pouvoir, après quelques recherches, choisir ce sujet pour objet de ce travail que nous soumettons à l'indulgence de nos juges.

Le sujet, il est vrai, n'est pas nouveau, mais cette étude de fistules salivaires, n'ayant pas été faite depuis quelque temps déjà, nous avons pensé, qu'il ne serait peut-être pas inutile, l'occasion nous en étant donnée, de réunir, en un tableau d'ensemble, l'état actuel des connaissances scientifiques sur cette question.

Cette étude des fistules salivaires étant très vaste nous laisserons de côté : l'étiologie, la symptomatologie, etc., pour nous occuper seulement de la question

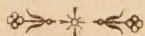
de la thérapeutique. Décrire les différents traitements proposés pour arriver à la guérison de ces fistules, examiner chacun d'eux au double point de vue de leurs inconvénients et de leurs avantages, essayer ensuite de poser les indications thérapeutiques, enfin rechercher quel est celui de ces procédés qui répond le mieux à ces indications, tel est le but que nous nous sommes proposé.

Il est, en effet, peu d'affections chirurgicales, dont le traitement ait été aussi varié, aussi discuté que celui des fistules salivaires ; d'après la cautérisation, les applications médicamenteuses, méthodes les plus anciennes, sont venues d'autres méthodes qui, elles à leur tour, ont subi les modifications les plus diverses.

Avant d'aborder cette étude, nous avons à nous acquitter d'une dette de reconnaissance envers MM. les docteurs Roques, Renault, Oettinger, Hirtz, Richelot, Gaillard, Tarnier, qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à M. L. Flörsheim, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer une observation inédite et nous aider de ses conseils.

Que M. le professeur Tillaux, qui a bien voulu présider notre thèse, reçoive l'hommage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.





## HISTORIQUE



Les Anciens ont méconnu les fistules de la glande parotide, ils avaient cependant observé des faits à la suite desquels survenait un liquide analogue à de l'eau comme dans les plaies de la face, de la région massétérienne ; mais l'ignorance où ils se trouvaient sur la physiologie de cette glande et de l'existence de son conduit, les avait empêchés de saisir l'explication de ce phénomène.

Galien, dans son livre *De compositione Medicamentorum*, rapporte l'observation d'un jeune homme chez qui, à la suite d'une fièvre maligne, survint un abcès de la parotide, la plaie guérit, seulement il restait un orifice par lequel sortait un liquide que tout démontre avoir été de la salive et dont-il détermina l'occlusion au moyen d'un emplâtre cathérétique.

Galien pensait que la salive arrivait dans la bouche par des veines particulières.

Hippocrate (468 av. J.-C.) parle bien de glandes situées vers l'oreille et semble indiquer la parotide, mais de son conduit il n'en est pas question.

Dans Ambroise Paré on trouve la relation d'une fistule salivaire, mais comme ses devanciers il en ignore la cause.

« C'était un soldat qui avait reçu un coup d'épée  
« au travers du mandibule supérieur; la plaie guérit,  
« il ne restait qu'un bien petit trou près la conjonc-  
« ture de la mandibule inférieure à la supérieure, non  
« plus grand qu'a mestre la teste d'une espingle du-  
« quel luy sortait, en parlant ou maschant, grande  
« quantité d'eau fort claire et que j'ai souventes fois  
« veu. Et pour arrester ladite aquosité, luy fit appli-  
« quer au profond de son ulcère, de l'eau forte et  
« quelquefois de la poudre de vitriol brûle et par ces  
« remèdes fut la plaie guarie. »

Fabrice de Hilden et Fabrice d'Aquapendente, *De vulneribus genarum*, eux aussi, avaient observé que certaines blessures de la joue donnaient issue à un liquide aqueux, mais comme leurs devanciers ils en ignoraient la provenance « *Unde et quommodo effluit ego certe nescio.* » Pour tarir une humidité si copieuse, dit Fabrice, j'ai appliqué des compresses trempées dans les eaux thermales d'Appone ou des cérats puissamment dessiccatifs.

Ce ne fut qu'avec Sténon, anatomiste danois, qui en 1660 découvrit le canal parotidien, qu'on comprit que le liquide, qui trouvait issue à la suite des lésions des régions de la joue, était la salive.

Gérard Blasius s'attribua cette découverte parce qu'il avait quelque temps auparavant disséqué ce même conduit sur une tête de brebis ; mais Sténon défendit énergiquement sa propriété dans une lettre qu'il écrivit à Bartholin le 22 avril 1661.

Quoi qu'il en soit, c'est à partir de cette époque que l'étude des fistules salivaires et de leur traitement fera l'objet de la préoccupation des chirurgiens.

En 1757, Duphœnix, Morand, Louis, dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, sous le titre : « *Obs. sur les fistules du canal salivaire parotidien* » contribuèrent à faire avancer la question dans la voie du progrès.

Ce ne fut qu'un siècle après la découverte de Sténon que Deroy chirurgien français, eut l'idée de faire à la salive une voie artificielle en détruisant celui des obstacles contre lequel on avait si souvent échoué, c'est-à-dire le contact d'un liquide avec les bords de la solution de continuité.

Deguisse enfin, en 1811, eut la gloire de créer un nouveau mode opératoire qui a donné d'excellents résultats, mode opératoire qui a servi de base à tous les chirurgiens jusqu'à nos jours.

Depuis lors un grand nombre de chirurgiens, en

France et à l'Etranger : Larrey, Desault, Percy, Atti, Bécлар, Gosselin, Trélat, Malgaigne, Le Fort, Pozzi, Mollière, Richelot, Reynier, etc., ont cherché divers moyens de remédier à cette affection.





## FISTULES PAROTIDIENNES



Les fistules salivaires de la glande parotide guérissent en général assez facilement. La guérison spontanée s'observe même assez fréquemment, les exemples de ce fait ne sont pas rares.

Cependant, il ne faudrait pas trop compter sur ce travail de la nature, car la plupart du temps, on est obligé pour guérir ces fistules, de recourir à différents moyens qui sont :

- 1° La cautérisation ;
- 2° La compression ;
- 3° Les injections irritantes ;

4° L'avivement et la suture des bords de la plaie. Enfin dans deux cas exceptionnels, on a été obligé de pratiquer une voie artificielle vers la bouche.

L'application du procédé de Deroy aux fistules parotidiennes nous a paru intéressante, c'est pourquoi

nous avons relaté un de ces faits dans l'observation I, que nous avons prise dans la thèse de Mirza de Gaffary. Quant à l'autre cas il appartient à M. le professeur Duplay. Dans ces deux cas qui ont été suivis de guérison, il s'agissait très probablement d'une fistule de la portion intra-glandulaire du canal de Sténon et non de la parotide elle-même, car la guérison n'est possible que si la fistule est très antérieure.

A la Société de chirurgie, en 1886, M. le professeur Terrier a lu une observation de M. Cabadé, de Valence d'Agen. Dans cette observation il s'agissait d'un homme de 58 ans, auquel on fit l'ablation d'une tumeur adéno-kystique de la parotide. Les suites opératoires furent simples, mais il persista une petite fistule salivaire. Pour la tarir, M. Cabadé appliqua tous les jours à sa surface du collodion térébenthiné. Ce traitement suffit à la guérison.

Pour M. Terrier, cette guérison est une guérison spontanée.

— 13 —

## I. — Cautérisation.

Elle peut être ou superficielle ou profonde, superficielle si on a seulement l'intention de mettre un obstacle à l'écoulement de la salive en obstruant la fistule. Dans le premier cas on se sert soit d'une aiguille à

tricoter rougie à la flamme, soit au contraire d'un caustique chimique assez énergique.

Quant aux caustiques, on les emploie de préférence à l'état solide, ce sont : le nitrate d'argent, la pâte de Canquoin. Quand on se sert du cautère actuel, du thermocautère ou du galvano-cautère, on se propose d'amener des adhérences entre les lèvres de la plaie ; mais quand la portion glandulaire sous-jacente continue à fonctionner, on conçoit que le passage de la salive, ou seulement sa tendance à gagner toujours le même point, soit souvent un obstacle à la guérison. C'est alors qu'il faut recourir à la cautérisation profonde, dans le but de tarir la sécrétion salivaire dans le point de la glande qui correspond à la fistule. Mais pour qu'on ait des chances de succès, il faut évidemment que la salive qui, primitivement, s'écoulait par l'ouverture, puisse trouver un passage ailleurs, car la cicatrice ne pourrait se former, ou serait détruite par cette force qui tendrait incessamment à se frayer une route. Il faudra donc, avant tout, s'assurer de la perméabilité du canal de Sténon, au moyen d'une injection de lait par exemple, dont on constatera l'écoulement par la bouche. S'il ne l'était point, alors recourir à la cautérisation profonde, non pas une fois, deux fois, mais plusieurs fois, car tant que l'obstacle au cours de la salive persiste, il n'y a pas chance de guérison possible. Ce n'est pas à dire que, lors même que la fistule a des canaux de communication avec le canal de Sténon ou plutôt avec les canicules qui le forment, on réussisse toujours, ce ne serait là qu'une heureuse

exception sur laquelle on ne doit pas compter. Si malgré tout la cautérisation échoue, il faut songer alors à une autre thérapeutique.

Néanmoins la cautérisation a de nombreux succès à son actif.

C'est ainsi que Fabricius Hildanus parle d'un étudiant, âgé d'environ 12 ans, qui eut la parotide droite ulcérée, puis fistuleuse; après plusieurs remèdes infructueux, on recourut à un caustique qui fit disparaître la fistule en six semaines.

Boyer a guéri une fistule parotidienne survenue à la suite d'un coup de sabre et qui avait été traitée par le cautère actuel, en la touchant deux ou trois fois avec le nitrate d'argent.

Dans l'observation IV, on voit clairement que les échecs sont fréquents, même dans les cas qui paraissent devoir guérir le plus facilement.

Dans le cas de Martin (Obs. V), on a pratiqué la cautérisation avec une anse de platine très fine introduite dans la fistule et rougie après son introduction, de manière à cautériser le fond de l'ouverture fistuleuse, sans trop cautériser les bords cutanés de la plaie.

Mais en général la cautérisation à elle seule ne suffit pas, il faut lui adjoindre d'autres procédés, tels que la compression, les injections irritantes, etc., comme l'ont fait MM. Polaillon, Martin, non pas tant pour déterminer l'atrophie de la glande que pour opposer une barrière à l'écoulement de la salive et permettre à la cautérisation de produire tout son effet.

## II. — Compression.

La compression a un double but : atrophier la portion de la glande dont la lésion produit et entretient la fistule, oblitérer les petits conduits, enfin rapprocher les bords de l'orifice.

Boyer s'est fait le défenseur de cette méthode. J'ai connu, dit-il, un horloger qui s'est guéri d'une fistule salivaire au moyen d'un bandage compressif. J'ai guéri, mais fort lentement, trois malades par le même procédé, et tout récemment je viens d'en traiter un quatrième chez lequel la guérison a été très prompte, parce qu'il a eu le courage de supporter une compression très forte pour déterminer une inflammation considérable.

Les observations ne sont pas rares : Ledran ayant fait l'ouverture d'un abcès développé dans les parotides, chez un jeune homme, vit survenir une petite ouverture qui, pendant trois semaines, fournit une grande quantité de salive. Il comprima lui-même cet orifice avec un tampon de charpie trempé dans l'eau-de-vie et avec quatre compresses graduées, maintenues par un bandage un peu serré, cinq jours après l'emploi de cette compression, l'absence de tout aliment, excepté du bouillon, et le silence, l'ouverture se trouva complètement cicatrisée. La compression avait fait disparaître la fistule d'où sortait la salive.

Roonhuys, par l'application du fer rouge, a en vain espéré la guérison d'une fistule analogue à la précédente. Il ne put la guérir que par une compression fortement exercée sur la fistule, à l'aide d'un emplâtre agglutinatif composé de trois onces de résine de pin et d'une once d'huile de mastic.

Bérard (Obs. II), a guéri une fistule parotidienne en employant simultanément la cautérisation et la compression.

Jobert, observation III, a. par ces deux moyens, obtenu un succès très rapide:

Beaupré a guéri une fistule salivaire parotidienne, survenue à la suite d'une gangrène, par une simple compression.

Voici comment on s'y est pris pour tarir par ce procédé les fistules de la parotide : on applique sur l'orifice extérieur des compresse graduées, disposées en cône et que l'on maintient par un chevestre, le malade ne doit exercer aucun mouvement des mâchoires ne prendre par conséquent que des aliments liquides. Richter plaçait, sous la compresse graduée, une rondelle de liège dont le but était d'augmenter encore la pression.

C'est un procédé infidèle, car il est bien difficile d'atrophier la portion de la glande qui correspond à la fistule, à moins toutefois que la fistule n'ait son point de départ dans la parotide accessoire, qui n'est pas protégée par la branche montante du maxillaire. Mais s'il n'en est point ainsi, on ne pourra pas limiter la compression à la seule portion qu'on veut atrophier

et par conséquent on comprimera inutilement d'autres organes.

De plus c'est un moyen long, douloureux, car outre qu'elle exerce une constriction insupportable sur la région, elle comprime plutôt les nerfs de cette région que la parotide elle-même.

Quant à oblitérer le trajet, il y a d'autres procédés plus commodes.

Mais il va sans dire que nous ne repoussons point la compression comme adjuvant. Unie à la cautérisation, elle peut devenir un puissant moyen de traitement, mais dans ce cas, ce n'est plus l'atrophie de la parotide que l'on veut obtenir ; c'est seulement une barrière que l'on oppose à l'écoulement de la salive, pour permettre à la cautérisation de produire tous les effets qu'on en attend.



### III. — Injections irritantes.

On s'est servi avec succès des injections irritantes. Louis assure avoir obtenu deux succès par ce moyen, mais il importe de dire dans quel cas : La fistule était survenue à la suite d'une plaie, dans laquelle les téguments et la parotide avaient été déchirés ; son orifice était placé sur l'angle de la mâchoire et le stylet remontait le long de la branche du même os jusqu'au bout de l'arcade zygomatique. Louis se servit pour faire ses injections, d'une décoction de roses de Pro-

vins dans du vin rouge, puis peu satisfait du résultat il essaya l'alcool qui seconda mieux ses vues. Il fit successivement six injections avec l'alcool, chaque fois la salive devenait moins abondante. Après la sixième, l'écoulement cessa et le malade fut guéri.

Dans les fistules parotidiennes, c'est dans le trajet que l'on porte les injections irritantes. Ce moyen est évidemment insuffisant pour amener l'atrophie partielle du parenchyme et même pour déterminer l'oblitération de la fistule, car on sait combien il est difficile de déterminer les adhérences dans un trajet fistuleux.

Les injections irritantes ont plus de chance de réussir quand on le fait en vue de provoquer l'atrophie de la glande, ainsi que nous le montrerons quand nous parlerons du traitement des fistules du canal de Sténon.

Curtis Smith employa avec succès les injections faites avec une solution concentrée de nitrate d'argent ; il parvint à guérir une jeune fille de 15 ans, qui depuis l'âge de 18 mois avait une fistule parotidienne profonde de 13 centimètres.

Malgré les succès obtenus par Louis et ce dernier, il faut toujours se servir des injections irritantes avec prudence, car avec elles on ne peut limiter leur rayon d'action comme avec un caustique solide, de plus, après leur emploi, il y a quelquefois lieu de craindre non plus seulement une inflammation adhésive, mais une inflammation suppurative.

Aussi ne faut-il avoir recours à ce moyen que dans les cas où le trajet fistuleux à une certaine longueur.

#### IV. — Excision des lèvres de la plaie. Suture et autoplastie.

Ces moyens ne sont applicables que quand on est certain que la salive trouvera une issue facile par les voies naturelles, ils ont des chances de succès, mais ne réussissent pas à coup sûr. Les insuccès tiennent surtout dans ces cas, aux difficultés locales de l'opération quand, par exemple l'orifice fistuleux siège sur une cicatrice rigide, quand au pourtour de l'orifice fistuleux la peau est décollée, enfin les mouvements que le malade est obligé d'imprimer à la région, lorsqu'il vent prendre des aliments, sont autant de motifs qui rendent la guérison difficile. En tout cas, il est nécessaire d'aviver les bords de la plaie, soit qu'on veuille recourir à une suture, soit qu'on préfère une opération autoplastique. Celle-ci trouve sa place, dans les cas assez rares, où la peau de la région a été en partie détruite, ou bien lorsqu'elle ne présente plus une résistance capable de s'opposer à la force du liquide qui tend à s'échapper ; on amène alors des parties voisines un lambeau qui a pour but de remplacer les téguments disparus ou de consolider les points amincis par un travail d'ulcération.





## FISTULES DU CANAL DE STÉNON



Nous avons vu que la guérison des fistules parotidiennes était en général assez facile, quel que soit le procédé que l'on emploie.

Avec les fistules du canal de Sténon, nous allons nous trouver avec des difficultés bien plus considérables, et c'est ce qui nous explique le nombre prodigieux de procédés tentés ou conseillés pour arriver à triompher de ces difficultés.

Comme pour les fistules de la parotide, le premier moyen qui vint à la pensée fut la cautérisation, nous verrons qu'elle ne répondit pas aux espérances que ses succès sur les lésions parotidiennes avaient fait naître ; puis on essaya la compression suivant divers procédés, mais la difficulté était de donner issue à la salive. Quelques-uns irrités de voir le liquide reparaitre sans cesse à l'orifice fistuleux, formèrent le projet de le

supprimer entièrement en cherchant à amener l'atrophie de la parotide, les autres voulurent rétablir la voie naturelle, les derniers enfin mieux inspirés, s'efforcèrent de leur tracer une route artificielle.

Les fistules du canal de Sténon ont pour causes : un rétrécissement, une oblitération par calculs salivaires, des abcès ou enfin, et c'est la cause la plus fréquente, une section plus ou moins complète de ce canal,

La distinction des fistules du canal de Sténon en fistules massétériennes et en fistules buccales, offrait autrefois plus qu'un intérêt anatomique, car on considérait les premiers comme incurables. Depuis les procédés imaginés par Trélat, Richelot, Mollière, etc., cet intérêt a beaucoup perdu de sa valeur.

Lorsque le conduit a été divisé incomplètement, il est bien difficile, sinon impossible d'obtenir l'adhésion des bords de la plaie, car comment agir directement sur des lèvres aussi minces, même mises au contact ? De plus la salive qui parcourt le conduit parotidien, a une tendance à se porter à l'extérieur ou dans le tissu cellulaire voisin, à moins qu'on ne suppose qu'une petite poche puisse se former autour de la plaie, et qu'à la faveur de ce réservoir accidentel, la salive rentre dans le conduit comme cela se voit quelquefois pour d'autres canaux. Mais lorsque le conduit a été complètement divisé, on ne peut espérer de rétablir le cours de la salive par les voies ordinaires, car la portion buccale s'oblitére, se rétrécit ou du moins la continuité ne peut plus être rétablie entre les deux

bouts du conduit divisé, aussi tous les procédés opératoires doivent-ils se confondre en un seul : établissement d'une voie artificielle.

Par conséquent, pour traiter d'une façon logique les fistules du canal de Sténon, c'est à leur cause génératrice, l'écoulement, qu'il faudra s'adresser. Donc la première indication à remplir, sera de dilater la voie naturelle, si elle n'est que rétrécie, en créer une artificielle, si le rétrécissement est prononcé ou l'oblitération complète. La deuxième indication sera d'aider la salive à détourner son cours dans la voie naturelle qu'on lui aura ouverte. Quand ces deux indications seront remplies, que la salive coulera dans le canal bien ouvert, la troisième qui consiste à fermer l'orifice fistuleux, n'offrira plus aucune difficulté et pourra même s'effectuer spontanément.

Donc, pour arriver à la guérison de ces fistules, trois grandes indications à remplir :

- 1° Ouvrir une voie facile à l'écoulement de la salive dans la bouche ;
- 2° Favoriser cet écoulement ;
- 3° Fermer l'orifice fistuleux.

En effet, le rétrécissement du bout antérieur du canal s'accroît graduellement, le trajet fistuleux s'organise, l'orifice externe se cutanise, et l'infirmité va se continuant indéfiniment. D'où nécessité d'intervenir.

Pour ne pas s'égarer au milieu de tous les procédés

que nous allons passer en revue, nous les ramènerons à quatre méthodes principales :

- 1° Occlusion simple de l'orifice fistuleux ;
- 2° Atrophie de la glande ;
- 3° Rétablissement de la voie naturelle ;
- 4° Formation d'un canal artificiel.



### **I. — Méthode de l'occlusion simple de l'orifice fistuleux.**

#### **1° CAUTÉRISATION.**

Ce fut le premier traitement employé par les Anciens qui, naturellement, ne cherchèrent qu'à fermer l'orifice externe de la fistule.

Galien guérit une fistule de la parotide au moyen d'emplâtre cathérétique.

Ambroise Paré, dans une observation, dit qu'il guérit chez un soldat une fistule au moyen d'eau-forte et d'application de poudre de vitriol brûlé.

Fabrice d'Aquapendente se servait de compresses trempées dans les eaux minérales d'Appone ou de cérats dessiccatifs.

Roonhuysen (1668) proposait l'emplâtre à la résine de pin.

Munnicks (1721) obtint une guérison rapide par l'application de poudre d'os de sèche.

Dans tous ces cas, il est probable qu'il s'agissait de fistules de la glande parotide et non du canal de Sténon.

Ce moyen a donné de nombreux succès, mais les caustiques ne sont utilisés que lorsque l'orifice fistuleux présente des fongosités qui empêchent la réunion de ses bords et que le canal de Sténon est libre ; car si la partie antérieure de ce canal était oblitérée comme cela arrive quelquefois, la cautérisation dans ce cas serait dangereuse. Par conséquent, il est de toute nécessité de s'assurer que cette oblitération n'existe pas, et alors on peut cautériser sans crainte et à différentes reprises.

La cautérisation agit en formant une escharre superficielle, laquelle une fois tombée laisse à nu des surfaces avivées, susceptibles d'adhérer entre elles et de se cautériser.

Les caustiques qu'il faut employer de préférence sont : la pâte de Canquoin, le nitrate d'argent, le fer rouge, qui ont une action limitée ; on touche l'orifice fistuleux et son trajet, souvent il faut répéter la cautérisation pour obtenir un succès définitif.

La cautérisation est souvent inutile à cause de l'abondance de la salive qui s'écoule par l'ouverture anormale et qui ne peut, dans la plupart des cas, se frayer un chemin vers la bouche. C'est alors, qu'après avoir fait l'occlusion, il faut s'inquiéter de l'existence d'une voie pouvant amener la salive dans la cavité buccale. Cette voie existe habituellement dans les cas de fistules parotidiennes ; elle est, au contraire, obli-

térée dans la majorité des cas de fistules du canal de Sténon; si elle existe pour ce genre de fistules, on pourra obtenir la guérison par la cautérisation. L'étroitesse de l'orifice fistuleux sera en faveur de l'efficacité de cette méthode.

Certains chirurgiens, Dimerbrœck et Munck, ont attribué à ce procédé de traitement des succès remarquables, tandis que d'autres, Roonhuysen et Monro, n'en ont observé que de mauvais effets. Louis, frappé de la différence de ces résultats, avait cherché à concilier des opinions si opposées, en admettant que les caustiques avaient réussi dans les cas de fistules appartenant à la glande elle-même, et qu'ils avaient été sans effet dans tous ceux où la fistule était due à une lésion du canal de Sténon. Mais il fut obligé de revenir sur son opinion en guérissant lui-même par ce procédé une jeune fille de 19 ans. Il cite encore plusieurs cas guéris par ce même moyen, entre autres : celui d'un capitaine porteur d'une fistule du canal de Sténon; une seule cautérisation à la pierre infernale suffit pour amener la guérison.

Dupuytren rapporte, dans sa clinique chirurgicale, l'observation d'une femme de 65 ans qui, à la suite d'une plaie faite par une balle qui lui avait fracturé le côté gauche de la joue, avait une fistule, dont il la débarrassa au moyen de cautérisations au nitrate d'argent.

Ferrand guérit par cette méthode une fistule qui durait depuis dix-huit mois.

De nombreux faits recueillis par Desormaux (de

Tours), Jourdain, Lallemant, Hergott (de Strasbourg), Guder (de Cappet), Lombard (de Terrasson) et autres praticiens, nous montrent l'efficacité incontestable des caustiques dans le traitement des fistules du canal parotidien, lorsque la maladie présente les conditions nécessaires pour qu'on emploie ce moyen.

Dans le cas d'Hergott (Obs. I), l'absence de gonflement de la région parotidienne vient nettement nous démontrer que la salive pouvait aisément trouver une issue et pénétrer dans la bouche ; or, nous avons vu l'efficacité de la cautérisation dans ces circonstances.

Dans l'observation de Lombard (Obs. II), la fistule n'était sans doute pas complète, le bout antérieur du canal restait perméable pour une certaine partie du liquide et toute la salive ne s'écoulait pas au dehors.

M. Lombard dit que : la rétraction des tissus distendus par un calcul volumineux et par l'accumulation de la salive, de même que la largeur de l'orifice interne du canal de Sténon a beaucoup favorisé cette terminaison heureuse.

Dans les observations III et IV de MM. Guder et Ravenel, le bout antérieur du canal était perméable, ce qui explique encore une fois que, dans ce cas, la guérison par ce procédé pouvait être obtenue facilement.

Par contre, la cautérisation a échoué dans un certain nombre de cas que nous relatons dans la partie *Observations*.

Dans d'autres cas, enfin, elle seule n'eût pas suffi à

amener la guérison ; on a dû leur adjoindre la compression ou tout autre procédé.

De plus, elle a l'inconvénient de laisser quelquefois des cicatrices désagréables.

Malgré cela, nous pensons que ce procédé, qui a rendu autrefois tant de services, est appelé à en rendre encore d'autres, qu'on l'emploie seul ou qu'on lui en adjoigne d'autres.

M. Martin conseille de recourir avant tout à la cautérisation, avant d'essayer d'autres méthodes ; en s'y prenant à temps, dit-il, on peut éviter bien des ennuis aux malades.

Mais, ne l'oublions pas, les chances de succès sont subordonnées aux conditions que nous avons énoncées plus haut.

## 2° AGGLUTINATIFS.

Rodolphi s'est bien trouvé de l'emploi du collodion dans un cas de fistule récente, consécutive à l'extirpation d'une tumeur de la joue.

Dans le cas de Rodolphi (Obs. V), la guérison n'était pas difficile à obtenir, la partie antérieure du canal n'étant ni oblitérée ni même un peu rétrécie ; la guérison eut lieu assurément. Mais dans la majorité des cas de fistules du conduit parotidien, les autres moyens à employer seront d'une efficacité plus grande, celui-ci étant infidèle et exigeant qu'on lui associe le plus souvent la compression.

Malgaigne a conseillé l'occlusion de la fistule à

l'aide d'une lame mince d'or collée sur la joue avec de la poix. Nous n'avons pu trouver une observation de fistule traitée par ce moyen.

Tornley Stokes, dans un cas (Obs. VI), se servit d'un emplâtre agglutinatif qu'il laissa en place pendant un mois.

### 3° SUTURE.

C'est la méthode qui consiste à réunir les bords de la fistule, après les avoir avivés et cautérisés. Ce moyen ne réussit que lorsqu'on emploie en même temps la compression. De plus, il faut que la plaie soit récente, car lorsqu'on a affaire à une fistule ancienne, même après en avoir avivé les bords, on échoue le plus souvent.

Cependant Morand père, qui est regardé comme ayant le mérite de l'avoir employé le premier, dans un cas de fistule, se contenta de faire une incision perpendiculaire à la joue en n'intéressant que la peau ; il traversa les deux lèvres de la petite plaie avec une aiguille, fit une suture entortillée, retira le fil, au bout de quelques jours l'écoulement fut moindre, il tarit peu à peu et la fistule parvint à guérir.

Qu'elle soit enchevillée ou entortillée, si le débit de la fistule est considérable, l'expérience a démontré que la réunion ne se fait que partiellement et laisse un pertuis à l'écoulement.

Dans l'observation de Rodolphi, la suture entor-

tillée avait échoué. Dans celle de M. Richelot, elle ne tint pas et la salive continua à couler.

Malgré ces insuccès, qu'on pourrait multiplier, la suture a puissamment contribué à la guérison, une fois le nouveau canal créé par la ponction, dans les cas publiés par Duphoenix, Coutavox, Deguise, Gosselin, Prompt, Jobert, etc.

#### 4<sup>e</sup> AUTOPLASTIE.

Bérard est le premier qui ait eu recours à ce procédé dans le cas de perte de substance. Voici la manière d'opérer.

On établit d'abord artificiellement la continuité du canal détruit; pour cela, une canule en argent est introduite par l'entrée buccale du canal de Sténon, ressort par l'ouverture externe du bout antérieur et après avoir parcouru l'espace correspondant à la partie détruite, s'enfonce de nouveau dans l'épaisseur des tissus par l'orifice du bout glandulaire. Un renflement de la canule à son extrémité buccale est profondément engagée dans l'entrée du conduit et sert à tout empêchement de glissement.

Au bout de quelques jours, on recouvre au moyen d'un lambeau taillé dans le voisinage de la plaie le point de la joue privé de ses téguments et où la canule se trouve visible à l'extérieur. Ceci fait, on se contente de faire un pansement légèrement compressif pour déterminer la réunion du lambeau autoplastique. Enfin, au bout d'un temps assez long, quand on pense qu'un

canal a eu le temps de se former autour du corps étranger, on retire la canule avec précaution et la guérison est obtenue.

Ce procédé est bien trouvé mais présente pour le chirurgien deux difficultés, il lui faut d'abord autant que possible conserver la régularité des formes et surtout obtenir une réunion complète, car le moindre point où la canalisation n'aurait pas lieu exposerait à un échec.

#### 5° COMPRESSION.

La compression peut être exercée de plusieurs manières, soit entre la fistule et la glande, soit au niveau de la fistule, soit enfin sur la glande elle-même.

Dans le premier cas, on empêche la salive d'arriver jusqu'à l'orifice fistuleux et alors la cicatrisation peut avoir lieu. Ce moyen a été employé avec succès par Maisonneuve, ainsi que nous le montre l'Obs. VII.

Duphœnix, dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, rapporte qu'ayant employé ce moyen, il se produisit au moment où le malade mâchait un suintement de gouttelettes de salive à travers la peau de la région parotidienne; il craignit une inflammation et interrompit le traitement.

Ce procédé a pour inconvénient de produire une distension de la parotide due à l'accumulation de la salive dans les conduits; de plus, cette méthode ne peut être appliquée que dans les cas où le canal est parfaitement libre. Cependant, Maisonneuve dit que ce

traitement lui donna souvent de bons résultats (Obs. VII).

La compression, lorsqu'on l'exerce sur la glande elle-même, a pour but de suspendre la sécrétion salivaire.

Ce fut Desault qui, le premier appliqua cette méthode qui ne lui donna que des résultats peu satisfaisants. Il est parvenu par ce moyen à guérir, dans l'espace d'un mois, une fistule du canal de Sténon qui, pendant trente jours, avait résisté à une compression exercée entre l'orifice fistuleux et la glande. Pour Boyer, cette compression n'est ni assez forte ni assez invariable pour amener l'atrophie. Pour lui, dit-il, il ne croira à cette atrophie qu'autant qu'il l'aura constatée à l'ouverture du cadavre.

Louis et Dupuytren citent des exemples où la guérison survint après que la région parotidienne eut présenté un gonflement considérable, mais qui s'amenda peu à peu et sans accidents par des topiques émollients.

La compression exercée sur la fistule même n'a jamais amené la guérison, il faut qu'elle ait lieu sur la partie saine du canal, c'est-à-dire entre la glande et la fistule de façon à forcer la salive à passer par le bout antérieur.

Dans ces conditions, une compression modérée associée à la cautérisation ou à la suture paraît être un moyen inoffensif et efficace dans bien des cas ; employée seule, au contraire, elle nous paraît constituer un procédé douloureux incertain et même dangereux.

Trélat a guéri en quatre jours une fistule salivaire chez un curé en comprimant au moyen d'un appareil le canal de Sténon.

Les inconvénients de cette méthode résident dans les difficultés considérables que l'on éprouve pour comprimer un organe volumineux, protégé par un mur aussi résistant que la branche montante du maxillaire inférieur. Il est certaines portions que l'on arrivera aisément à détruire, la parotide accessoire par exemple, mais il y en aura toujours d'autres qui ne subiront pas une pression assez forte pour être atrophiées, et si l'on veut quand même obtenir cette atrophie, ce ne sera qu'au prix de douleurs intolérables.

#### 6° OCCLUSION.

Malgaigne conseille de faire l'occlusion de la fistule à l'aide d'une mince feuille d'or collée sur les téguments de la joue avec de la poix.

Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1875, M. le docteur Michalski de Charny (Yonne) a rapporté le cas d'une fistule du canal de Sténon qu'il a guérie en recouvrant l'orifice, préalablement cautérisé, d'un petit morceau de taffetas par dessus lequel il avait ajouté une couche de collodion.

Cette observation est intéressante à cause de la guérison facile de la fistule ; cependant elle fut entravée par la rupture de la cicatrice lorsque tout semblait fini. On aurait pu éviter cet accident en employant un

bandage compressif; car non seulement il aurait diminué la sécrétion salivaire, mais aurait empêché les mouvements du maxillaire qui, dans ce cas, ont été la cause de la rupture de la cicatrice encore incomplètement consolidée.

Exécutée de cette façon la méthode par occlusion doit donner dans certains cas de bons résultats.

En résumé, toutes ces variétés de traitement par occlusion simple sont susceptibles, à des degrés divers, de guérir les fistules du canal de Sténon, pourvu que l'extrémité buccale soit restée libre.

Lors donc qu'on se sera assuré par les moyens qu'on a sa disposition que la voie naturelle est suffisamment perméable, on devra s'en tenir à tous ces moyens simples qui, dans la majorité des cas, réussiront, qu'on les emploie seuls ou qu'on en combine plusieurs d'entre eux; Si l'on échouait on s'adresserait à d'autres procédés. On a cité des cas où l'abstention complète a été suivie de succès, alors que tous les moyens tentés avaient échoués jusque-là.

Coursier dans sa thèse a cité l'observation d'une fistule du canal de Sténon rebelle à tout action thérapeutique, qui guérit le jour où on n'y fit plus aucun traitement.



## II. — Méthode d'atrophie de la glande.

### a) LIGATURE DU CANAL DE STÉNON, OBLITÉRATION DU CANAL PAR UN CORPS ÉTRANGER.

L'histoire de la chirurgie nous fait connaître qu'à la fin du siècle passé, un chirurgien du Nord, Viborg, avait proposé la ligature du conduit parotidien en dehors de l'ouverture fistuleuse, comme le moyen par excellence et le seul infaillible, de guérir les fistules salivaires du canal de Sténon. Viborg s'appuyait sur de nombreuses expériences faites sur des animaux vivants, chez lesquels il avait lié le canal de Sténon; sans qu'aucun accident grave se fût manifesté, et il prétendait par ce procédé obtenir de la manière la plus certaine, l'atrophie de la parotide.

En conséquence, dans les cas de fistule du canal parotidien, il conseillait de le lier en dehors de l'ouverture fistuleuse; il voulait qu'on mît le canal à découvert en cet endroit, et qu'on passât au-dessous une aiguille armée d'un lien propre à l'étreindre. La ligature faite, il conseillait de réunir la plaie d'une manière immédiate.

Callisen, compatriote de Viborg, chirurgien à Copenhague, admet que la ligature du canal de Sténon peut être tentée dans les fistules salivaires de ce conduit, lorsque tous les autres moyens de guérison ont été tentés infructueusement.

Zang, chirurgien de Vienne, l'aurait aussi fortement recommandée dans les mêmes circonstances au rapport de H. Sprengel.

Velpeau, en France, a fait revivre le procédé de Viborg, qu'il préfère à la compression de la parotide pour obtenir l'atrophie de la glande et dont il décrit le manuel opératoire. Toutefois ce chirurgien ne paraît pas avoir jamais lié lui-même le conduit parotidien.

Nesty, Cadot, Coursier, dans leurs thèses, disent que ce procédé n'a jamais été mis en usage chez l'homme. Nous avons pu cependant trouver dans la revue de M. Hayem un cas publié par M. A. Pelschinsky en 1876, dans une thèse inaugurale en russe à Saint-Pétersbourg. Cet auteur dit que : dans les expériences qu'il a faites sur des chiens et des chevaux et dans une observation sur l'homme, il a vu la ligature du canal de Sténon amener constamment l'atrophie de la glande parotide correspondante.

Il conseille donc ce procédé, comme traitement des fistules du canal de Sténon, toutes les fois qu'il est impossible de leur créer un orifice intra-buccal. Lors même que la ligature sectionne trop tôt le canal, l'écoulement de la salive qui reparait ne tarde pas à s'arrêter complètement.

C'est là un fait très intéressant qui méritait d'être signalé.

D'ailleurs l'observation de Borel rapportée en 1859, dans la *Gazette des hopitaux*, est-elle aussi fort ins-

tructive sur ce point. C'est pourquoi nous avons cru utile de la rapporter tout entière (Obs. VIII).

Dans cette observation, le canal de Sténon avait été déchiré et complètement divisé près de l'endroit où il s'ouvre dans la bouche, après avoir dépassé le bord antérieur du masséter. La fistule qui en est résultée a dû sa guérison à l'oblitération complète de la portion du canal attenant à la parotide. Dans ce cas, en effet, on ne saurait admettre la réunion des deux bouts de ce conduit, car la réunion des bords de la division du canal salivaire, par un affrontement capable d'en rétablir la continuité et la perméabilité au liquide qui le traverse à l'état normal, ne peut être envisagée comme possible. C'est au moment où l'écoulement de la salive a commencé à avoir lieu en dehors, que la large ouverture faite à la joue s'est fermée par la cicatrisation presque complète de la plaie, dont il ne restait plus que le pertuis, par lequel ce liquide s'échappait. De sorte qu'on est fondé d'admettre que c'est cette occlusion de la plaie de la joue qui a empêché la portion externe du canal parotidien divisé, de déverser dans la bouche la salive à laquelle il donne passage. La preuve que plus tard cette même portion du canal de Sténon, alors perméable, s'est oblitérée entièrement, se trouve dans la tuméfaction qui est survenue à la glande parotide, au moment où le liquide qui y était sécrété a cessé de trouver une issue, tant dans la bouche qu'au dehors.

On a vu que la tuméfaction de la glande n'avait eu aucun résultat fâcheux, qu'elle n'a été que momenta-

née et pour ainsi dire indolente. Elle a diminué progressivement. Au moment où le blessé a quitté l'hôpital, elle était réduite à peu de chose et en voie d'entière disparition.

Un pareil résultat, dit Borel, n'est-il pas propre à diminuer les craintes exagérées qu'on s'est faites de l'oblitération du canal de Sténon, et à donner de l'autorité au procédé de la ligature de ce conduit, comme moyen de guérison contre les fistules salivaires résultant de sa lésion, lorsque les fistules résistent à l'emploi des autres procédés de thérapeutique chirurgicale.

Pour Cadot, l'observation de Borel présente un immense intérêt. Si réellement l'oblitération du canal de Sténon et la rétention de la salive ne peuvent pas amener d'accidents graves, mais seulement un peu d'œdème passager, nous aurons entre les mains un moyen sûr de répondre au vœu des malades qui le plus souvent demandent qu'on les guérisse à tout prix. Les expériences de Viborg paraissent concluantes, malheureusement, on ne peut, par le nombre de faits insuffisants, affirmer l'innocuité de ce procédé.

Nesty, dans sa thèse, partage la manière de voir de Cadot.

Il est regrettable qu'on n'ait pas un certain nombre d'observations de la ligature du canal de Sténon chez l'homme, car alors on pourrait voir quelle est la juste valeur de ce procédé qui, expérimentalement, a donné de beaux résultats.

Julliard, de Genève, dans une observation publiée dans les *Annales médicales de la Suisse romande* (1883), a montré que l'atrophie de la glande a pu survenir sans grande réaction inflammatoire sous l'influence de la rétention de la salive par un corps étranger placé dans le canal (*laminaria*). Dans d'autres cas, au contraire, celui de Duphœnix par exemple, le chirurgien a dû renoncer à cette méthode à cause des accidents inflammatoires sérieux qu'elle avait déterminés.

Nous avons vu que Desault comprimait la parotide elle-même pour atrophier cet organe et détruire ses fonctions.

*Compression de la carotide.* — Nous ne signalerons ce procédé que pour le blâmer, car quel serait le temps nécessaire pour amener l'atrophie de la glande? De plus, en privant la parotide de son liquide nourricier, on en sévrerait d'autres organes qu'on n'a aucun intérêt à anéantir. Enfin, c'est là un procédé infidèle que nous rejetons énergiquement.

#### b) INJECTIONS IRRITANTES.

Ces injections irritantes ont pour but de déterminer l'atrophie de la glande parotide en portant un trouble dans son fonctionnement.

Depuis longtemps ces injections irritantes étaient entrées dans le domaine de la physiologie. Ainsi Claude Bernard pratiquait des injections d'huile d'olive dans le pancréas. Cet expérimentateur a pu constater

que, rempli d'huile par injections, le pancréas s'indurait d'abord et qu'il était ensuite résorbé en quelques semaines.

M. Lafosse, de son côté, en 1872, a fait des injections de teinture d'iode dans la parotide d'un cheval, et il nous apprend qu'il a obtenu assez rapidement l'atrophie de la glande après une réaction inflammatoire des plus modérées, mais en tout cas sans suppuration. L'injection fut faite par le canal de Sténon, une fois avec de la teinture d'iode pure, deux fois avec de la teinture d'iode étendue de trois fois son volume d'eau. Trois ou quatre heures après l'injection, la région parotidienne était douloureuse, la mastication ne provoquait plus d'écoulement de salive par l'orifice accidentel du canal de Sténon. La parotide restait tuméfiée pendant cinq ou six jours à partir desquels le gonflement disparaissait graduellement, ainsi que la douleur. Au bout de six semaines, la région parotidienne était affaissée et la parotide diminuée de moitié en poids et en volume. Ayant ainsi expérimenté les injections d'huile dans les mêmes conditions, M. Lafosse constata que celles-ci produisaient moins d'inflammation de la glande, mais ne tarissaient pas aussi sûrement que celles de teinture d'iode la sécrétion de la salive.

M. Delamotte, vétérinaire militaire, dans un cas de fistule du canal de Sténon, s'est servi lui aussi d'injection de teinture d'iode pure injectée dans la parotide, la guérison complète est survenue en vingt-trois jours.

En 1884, M. Labat traitant un cheval atteint d'une

fistule parotidienne à la suite d'un abcès, lui injecta une solution iodée dans la parotide malade. Il répéta trois fois cette injection et vit survenir à la suite de chaque injection un gonflement peu douloureux. Au bout de cinq à six injections, la fistule avait cessé d'excréter.

Comme on peut le voir par ces observations, les injections irritantes sont d'un usage courant dans la médecine vétérinaire.

Mais on n'avait jamais songé à employer ce moyen chez l'homme pour amener la guérison des fistules salivaires, il n'avait inspiré que peu de confiance aux chirurgiens.

C'est M. Mollière, chirurgien de Lyon, qui eut le premier l'idée de mettre à profit les belles expériences de Claude Bernard et sa tentative fut couronnée de succès, ainsi que nous le montre l'observation IX.

Depuis, nous avons trouvé deux cas traités de la même façon qui ont été, eux aussi, suivis de succès (Obs. X et XI).

M. Mollière s'autorisant de ces succès, propose :

Dans le traitement des fistules de la parotide proprement dite et des fistules canaliculaires, les injections graisseuses atrophiantes, qui ne font disparaître que le lobule parotidien correspondant à la fistule.

Il est bon, croyons-nous de donner ici la division des fistules salivaires, d'après M. Mollière :

1° Celles qui font communiquer avec l'intérieur, le canal de Sténon lui-même ;

2° Celles qui ne sont que l'orifice d'une des ramifications du canal de Sténon et qui, par conséquent,

ne correspondent qu'à un des lobules de la parotide.

Les premières, c'est-à-dire les fistules du canal de Sténon proprement dites, sont généralement situées au niveau du masséter, sur la face externe de ce muscle, les procédés pour les guérir sont très nombreux.

M. Mollière croit qu'en débridant le canal de Sténon dans son trajet intra-buccal et en pratiquant le cathétérisme et la dilatation, on arrivera toujours à la guérison sans avoir besoin de recourir à une autoplastie.

Les fistules canaliculaires sont situées en arrière du bord postérieur du masséter ; ce sont celles-là que l'on a considérées comme incurables.

En pareil cas, dit M. Mollière, il faut débrider le canal de Sténon dans la bouche et le dilater afin d'assurer le libre écoulement de la salive dans la partie buccale. Quand la perméabilité des grandes voies sera assurée, on n'aura plus affaire qu'à un lobule de la parotide. Pour obtenir son oblitération, on ne saurait songer à une opération autoplastique. Par suite du cathétérisme, le lobule est séquestré, il ne communique plus avec le canal de Sténon ; toute tentative opératoire échouera, c'est ce qui m'a amené à employer dans ces circonstances les injections graisseuses atrophiantes qui amènent ainsi rapidement la guérison, car il est de toute nécessité de débarrasser le malade de ce lobule parotidien qui déverse continuellement de la salive sur la joue et met ainsi obstacle à l'occlusion de l'ouverture fistuleuse.

M. Tussan, élève de M. Mollière, dans sa thèse inaugurale, dit qu'il ressort de l'observation X deux points nouveaux.

En premier lieu, le débridement du canal de Sténon, qui constitue un mode opératoire original sans doute, dit-il, l'idée de rétablissement du canal n'est pas chose nouvelle; Morand et Chassaignac avaient regardé de ce côté pour venir à bout de la fistule, l'un par le séton, l'autre par le drainage. Ce procédé a une cause physiologique directe : rétablir le conduit qu'une cause quelconque a détruit. Tel qu'il a été pratiqué par ces derniers, il est souvent resté en défaut, mais tel que le présente actuellement M. Mollière, il satisfait à une indication pathologique de premier ordre; il lutte d'emblée contre le rétrécissement qui se produit toujours dans un conduit naturel dont la fonction est suspendue; plus ce rétrécissement s'accuse, plus le débit de la fistule s'accroît, par suite plus la guérison devient difficile à obtenir. Il est d'une exécution si facile que M. Mollière y a eu recours en plusieurs circonstances :

Le petit accident, dit M. Tussan, gonflement et escharre, témoigne simplement de l'extrême délicatesse avec laquelle doit être faite cette injection! C'est à plusieurs reprises au besoin, et avec des quantités d'huile peu considérables, qu'il faut opérer.

Pour le même auteur, que l'injection graisseuse agisse par un mécanisme identique à la ligature, c'est-à-dire en formant un bouchon pour le canal ou qu'elle ait une action purement cellulaire, son action est

indéniable et se substitue avantageusement à tout autre procédé offrant quelque danger.

M. Settimio Cecchini eut l'idée d'employer les propriétés stimulantes de l'essence de térébenthine pour le traitement des fistules rebelles. Il l'injecte pure ou mélangée, en proportions variées à l'huile d'olive suivant la quantité à injecter et la tolérance des malades. L'effet est rapide, la douleur peu marquée, on peut du reste l'atténuer en ajoutant un peu de morphine au liquide.

Il a traité aussi un cas de fistule du canal de Sténon et en obtint la guérison ; il injectait de 25 à 50 centigrammes d'essence.

Pour nous résumer, disons que tous ces divers procédés qui ont pour but l'atrophie de la glande, soit au moyen de la compression du canal, de la glande elle-même, de la carotide, soit enfin au moyen de la ligature du canal de Sténon, sont inefficaces dans bien des cas, douloureux et non exempts de dangers.

Nous faisons des réserves pour la ligature du canal de Sténon ou à son oblitération par un corps étranger. Si des faits plus nombreux pouvaient montrer leur efficacité et leur innocuité, nous aurions là des procédés de choix, pour la guérison des fistules du canal de Sténon.

Quant à M. Mollière, il a trouvé un heureux procédé de traitement des fistules parotidiennes et des fistules du canal situées à la partie rétro-massétérienne. Les trois observations qu'il a publiées et que nous avons rapportées, nous prouvent qu'il a obtenu par cette

méthode une prompte guérison, et cela, sans qu'aucun accident ne se produise.

A l'instar de M. Tussan, nous conseillons ce procédé des injections graisseuses atrophiantes dans les fistules parotidiennes et rétro-massétériennes du canal de Sténon qui auraient pu résister à tous les moyens employés ordinairement.

En attendant que des observations plus nombreuses viennent confirmer le bien-fondé de ce procédé, nous avons à notre disposition des moyens moins aléatoires tels que : la ponction simple, la double ponction avec leurs différentes modifications.



### III. — Méthode de la dilatation du conduit.

C'est dans le seul cas où le conduit salivaire est rétréci sans être obstrué que la dilatation a sa raison d'être.

1<sup>o</sup> PROCÉDÉ DU SÉTON. — Louis et Morrand ont les premiers préconisé et pratiqué cette méthode. Pensant avec juste raison que le rétrécissement du bout antérieur du canal était le principal obstacle à la guérison des fistules, ils eurent l'idée de dilater le bout antérieur, afin d'en empêcher le rétrécissement.

Voici comment Louis opérait (Obs. XII) : Il engageait un stylet très fin par l'orifice buccal du conduit

salivaire et le faisait ressortir par l'orifice fistuleux. Ce stylet entraînait un fil et chaque jour, à l'extrémité de ce fil, on en attachait un autre d'un plus grand diamètre, jusqu'au moment où le canal était suffisamment dilaté. A ce moment, il coupait le séton au niveau de la joue, le retirait de quelques millimètres dans le canal et le laissait jusqu'à ce que la fistule se fermât d'elle-même.

Morand a traité de cette manière (Obs. XIII) un peintre chez lequel il obtint une guérison des plus promptes.

On peut encore introduire le stylet de la fistule à l'orifice buccal.

Ce procédé a donné et donne encore de bons résultats, il est très rationnel, mais est d'une exécution délicate qui fait qu'on a rarement recours à lui. En effet, ce mode opératoire est difficile à exécuter, si on songe que le canal est rétréci, souvent oblitéré et qu'il faut faire parcourir au stylet la partie recourbée du canal de Sténon quand il traverse le buccinateur. Dans le cas où il est très difficile de faire pénétrer la pointe du stylet en avant, Louis conseille de passer deux doigts dans la bouche et de tirer la joue, correspondante à la fistule, en dehors et en avant, on redresse ainsi le canal et le stylet y pénètre plus facilement. Il dit qu'on peut tenter également de faire passer le stylet par l'ouverture fistuleuse qu'on peut agrandir si cela est nécessaire.

De plus, la présence d'un simple fil dans l'orifice fistuleux est un obstacle à l'adhérence de ses parois,

ensuite ce seton dilatateur obstrue plus ou moins le conduit et par là même favorise encore l'écoulement de la salive à l'extérieur.

2° PROCÉDÉ DE LA CANULE. — Pour obvier à ces inconvénients, Bérard au lieu d'employer une mèche, comme Louis, se servait d'une canule en argent qu'il introduisait par l'orifice buccal jusqu'à la portion glandulaire du canal de Sténon rétréci seulement [sans être oblitéré.

La canule restait en place pendant quelques jours et pour empêcher qu'elle ne descendit dans la bouche, elle était munie à son extrémité inférieure d'un renflement destiné à la maintenir appliquée contre les parois du canal.

Cette canule pouvait être vue et touchée au niveau de la fistule, au point de section du canal de Sténon et c'est en ce même point que Bérard faisait une autoplastie au moyen d'un lambeau taillé au voisinage de la plaie. Il ne retirait la canule que quand la plaie extérieure était guérie. Il pensait qu'il s'était formé ainsi un canal artificiel autour de l'instrument.

Ce procédé fort ingénieux n'est plus guère employé de nos jours, quoiqu'il paraisse être très efficace, mais il nous semble qu'il est bien difficile d'introduire une canule dans un trajet aussi petit et déjà rétréci, de plus nous ne comprenons guère comment, même avec la boule qui y était adaptée, la canule pouvait rester maintenue dans ce conduit, au milieu d'une région aussi mobile.

Richter préconisait les injections répétées pour dilater le conduit rétréci, les liquides, disait-il, trouveront très aisément le trajet rétréci qu'un stylet ne pourra jamais traverser.

Sans doute, mais les injections même très souvent renouvelées, n'auront jamais une action dilatatrice aussi puissante que le séton. Elles devaient être le plus souvent infructueuses.

Henry Morris obtint la guérison d'une fistule salivaire en passant une fine bougie de catgut par la bouche dans toute la largeur du canal de Sténon.

Tornley Stokes se servait d'un tube d'étain qu'il laissait trois semaines en place, pendant ce temps, il réunissait la plaie, ce tube allait de l'orifice buccal au bord antérieur de la parotide.

Tornley fait remarquer qu'il s'agit des cas où la portion interne du conduit reste perméable, qu'on ne doit pas tenter l'opération avant le moyen qu'il propose. Il conseille de plus, de passer le tube d'étain avant de réunir la plaie.

Ce qu'on peut reprocher à ces deux procédés, comme à celui de Bérard, c'est leur exécution délicate et la contention difficile des tiges dilatatrices.

A part ces inconvénients, ils sont tout à fait rationnels et leur application est indiquée dans les cas de fistule récente ou ancienne. Quand l'extrémité buccale n'est que peu rétrécie, on cherchera en même temps d'oblitérer l'orifice extérieur par les divers moyens indiqués plus haut. Ce qui nous paraît établir la supériorité de ces procédés sur ceux de Morand et Louis,

c'est que les tiges sont portées jusque dans l'orifice postérieur, de façon qu'elles vont chercher pour ainsi dire la salive et la conduisent dans la bouche avant qu'elle n'ait eu le temps de s'engager dans l'orifice fistuleux. Nous retrouverons plus loin cette même intention dans les procédés de Deguise, Percy et de M. Richelot.



#### IV. — Formation d'une voie artificielle.

Nous arrivons à la méthode la plus heureuse, à celle qui permet au chirurgien d'obtenir une guérison rapide, c'est la méthode presque exclusivement employée de nos jours.

Duphœnix, Morand et Louis avaient appelé l'attention de l'Académie de chirurgie sur la nécessité de rétablir la voie naturelle de la salive, ils avaient par cela même fait faire un grand pas à la thérapeutique de cette affection en imaginant de rendre à la portion obstruée du canal de Sténon la fonction qu'elle avait cessé d'exercer en y introduisant une mèche au moyen d'un stylet. Mais nous avons vu que, bien souvent, quand la fistule est très ancienne et le rétrécissement très prononcé, cette dilatation était impossible. En présence des insuccès obtenus par ces grands chirurgiens, il y avait une indication urgente, c'était : d'ouvrir dans la bouche un passage artificiel susceptible d'y porter

le cours de la salive, dont le cours naturel et le rôle physiologique étaient empêchés ; en un mot, il fallait faire de la fistule externe une fistule interne.

Ce fut à Deroy, chirurgien français, que revint la gloire d'avoir placé la question sur un terrain vraiment pratique, en concevant et en mettant à exécution cette idée qui établissait le vrai principe du traitement des fistules salivaires du canal de Sténon.

Cette méthode fut accueillie avec enthousiasme, si on en juge par l'énorme quantité de procédés qui ont été proposés pour la cure de cette affection, procédés qui ne sont que des modifications plus ou moins heureuses de ce procédé fondamental.

Cependant, la méthode de Deroy fut taxée par un bon nombre de chirurgiens d'irrationnelle. A la suite d'une observation publiée par Gosselin, à la Société de chirurgie et relative à un malade opéré par la double ponction et l'écrasement linéaire, quelques chirurgiens, et en particulier Verneuil, eurent de la peine à admettre la persistance de ce canal artificiel et attribuèrent la guérison à l'inflammation de la parotide, suite de l'opération qui avait déterminé l'atrophie de cette glande.

Actuellement, le doute n'existe plus. Un grand nombre de faits ont été publiés dans lesquels la guérison a eu lieu sans que l'on ait observé trace d'inflammation, ni empâtement oedémateux de la glande. Dans plusieurs cas, entre autres dans un cas cité par M. Martin, dans les *Archives de la Suisse romane*, 1883, il a été possible de passer un stylet dans le

canal nouvellement formé et de voir le liquide sourdre par l'orifice buccal de celui-ci.

Comment se fait-il qu'un canal creusé en pleins tissus vivants persiste, alors qu'on en voit tant d'autres du même genre creusés par la main des chirurgiens, se refermer avec une rapidité surprenante? C'est ce qu'il est impossible d'expliquer.

Peut-être, dit M. Martin, que le cathétérisme pratiqué dans un grand nombre de cas pour maintenir le canal ouvert, la dilatation, l'agrandissement, le tassement des parois du canal par des tiges de laminaria, par exemple, jouent un certain rôle et prédisposent à la formation d'un épithélium.

Peut-être aussi le liquide salivaire trouve-t-il dans le nouveau canal le chemin le plus direct et le plus facile pour s'écouler au dedans, influe-t-il sur la persistance de ce canal.

Cette méthode comprend trois procédés :

- 1<sup>o</sup> Procédé de la ponction unique ;
- 2<sup>e</sup> Procédé de l'isolement du canal ;
- 3<sup>o</sup> Procédé de la double ponction.

#### I. — PROCÉDÉ DE LA PONCTION UNIQUE.

##### PROCÉDÉ DE DEROT

Ce chirurgien se servit d'un fer rouge avec lequel il transperça la joue de l'orifice fistuleux dans l'intérieur de la bouche. Les escharres se détachèrent et la plaie

extérieure se cicatrisa, tandis que l'ouverture intérieure, au contraire, persista et laissa passer la salive, la guérison eut lieu.

Saviard, qui cite l'observation de Deroy, ne nous dit pas si, à la suite de cette opération, le chirurgien a employé un corps dilatant quelconque pour empêcher l'oblitération de la partie buccale de la plaie et assurer la guérison de la portion externe. il nous assure seulement que le malade guérit.

Ce procédé est loin d'être parfait dans son exécution ; il nous semble que Deroy fut secondé par un bien heureux hasard ; comment, en effet, l'orifice extérieur de même calibre que l'interne s'est-il cicatrisé, tandis que l'autre restait béant ? Il eût fallu tout au moins favoriser d'une façon quelconque la cicatrisation d'un côté par un des moyens indiqués plus haut et la combattre de l'autre.

1<sup>o</sup> *Modification de Monro (séton).* — Monro soulevait et tendait la joue avec deux doigts introduits dans la bouche, de l'autre main il prenait une grosse alène de cordonnier, en plaçait la pointe sur l'orifice naturel du canal de Sténon et perçait la joue obliquement, en suivant à peu près la direction du canal. Il introduisait dans la plaie un cordon de soie et en liait les deux bouts d'une manière lâche vers la commissure des lèvres. Ce séton était changé à chaque pansement et quand la route nouvelle était bien établie, ce qu'il reconnaissait à la facilité avec laquelle il y faisait

glisser le séton, celui-ci était supprimé. La plaie extérieure guérit en très peu de temps.

Les Mémoires de la Société de médecine d'Edimbourg citent une observation de fistule salivaire guérie par ce moyen par ce chirurgien.

Dans ce cas, Monro fut, comme Deroy, bien servi par les circonstances, car le cordonnet de soie, qui devait faire obstacle à la cicatrisation du trajet intra-génien qu'il avait pratiqué avec l'alène, devait s'opposer également à celle de l'orifice fistuleux externe.

Il est probable que Monro avait recours à la cautérisation.

2° *Modification Larrey.* — Larrey employait à peu près le même moyen, lequel, dit-il, lui a constamment réussi. Voici comment il opérait :

Il pratiquait une ouverture oblique de l'intérieur de la plaie fistuleuse dans la cavité buccale et la conservait béante pendant quelques jours au moyen d'une petite bandelette de linge dont l'une des extrémités est coupée au dessous du niveau de la plaie extérieure, tandis que l'autre est assujettie à la commissure correspondante des lèvres. Cette première opération faite, avec un trois-quart ou avec un bistouri à lame étroite, on réunit la plaie extérieure à l'aide de bandelettes agglutinatives ou de plusieurs points de suture, si cela est nécessaire. Lorsqu'enfin la cicatrice en est faite et consolidée, on enlevait de la plaie intérieure la mèche qu'on y avait laissée pour la rendre fistuleuse. Ce

procédé réussit, dit Larrey, même quand il y a de grandes pertes de substance.

3<sup>e</sup> *Modification Desault*. — Desault a mieux rempli l'indication avec un seton, placé du côté buccal seulement du trajet pratiqué à la joue. Mais au lieu de se confier au hasard, il dilata l'orifice interne, au moyen d'une mèche de charpie, tandis que l'orifice extérieur, donnait seulement passage à un petit fil dont le but était de maintenir en place l'appareil dilatateur. Chaque jour on ramenait par la bouche, la mèche de charpie et on la remplaçait par une autre. Au bout de quarante-quatre jours, le seton était enlevé. Mais on laissait le fil seul encore pendant cinq jours, au bout desquels il fut enlevé, on cautérisa l'orifice externe et la guérison fut complète. Il se servait du trocart pour percer la joue et passait le fil dans la canule.

Ce procédé a, sur le précédent, l'avantage de ne laisser qu'un fil dans l'orifice fistuleux extérieur, mais la présence de ce fil est encore un obstacle à la cicatrisation de la fistule, et favorise l'écoulement de la salive au dehors. Sans doute, le fil une fois enlevé, on se trouvait en présence d'une fistule de Sténon avec canal parfaitement perméable à la salive, ce qui était un grand point, mais nous pensons que ce seton oblitérant complètement le conduit, devait empêcher d'y passer la salive pendant tout le temps qu'il restait en place et par conséquent favorisait l'issue de la salive au dehors. Coutavox, observation XVI, dans le mémoire

de Louis, s'est aussi servi du trois quart et du sétou laissés longtemps en place.

J.-L. Petit employait le même procédé que Desault, seulement au lieu d'une mèche de charpie, il plaçait dans l'orifice buccal qu'il faisait un peu plus large, un petit morceau d'éponge qu'il changeait tous les jours.

On n'est pas fixé comment ce morceau d'éponge restait maintenu dans le trajet et dans la partie interne exclusivement.

Jobert, dans la *Gazette des hopitaux*, 1848, Obs. XV, a cité le cas d'un malade atteint d'une fistule qu'il traita par la méthode du sétou, puis suture consécutive qui guérit au bout de 10 jours.

4° *Modification Duphœnix*, 1726. — Guidé par la même intention que Deroy et Monro,\* ce chirurgien, dans un cas de fistule massétérienne, perça la joue obliquement d'arrière en avant avec un bistouri étroit, dans la portion interne de la plaie, il plaçait une canule en plomb et fermait la portion extérieure avec une suture entortillée. La réunion immédiate fut obtenue. La canule resta 16 jours en place et sans se déranger. La guérison fut complète.

Dans ce cas de Duphœnix, le canal de Sténon avait été divisé presque à la partie postérieure du masséter, l'auteur ne pouvait donc mener directement son incision de dehors en dedans, il eût rencontré ce dernier muscle; en second lieu, l'obliquité qu'il dut donner à son trajet pour éviter le masséter, nous explique jusqu'à un certain point que la canule ne soit pas tom-

bée dans la bouche, bien qu'elle ne fût retenue par aucun lien.

Ce moyen est ingénieux et rationnel, cette canule, en favorisant l'écoulement de la salive dans la bouche, permettait l'occlusion immédiate de l'ouverture extérieure, mais malgré l'obliquité qu'il avait dû donner à son trajet, nous nous expliquons avec peine pourquoi cette canule pouvait tenir en place sans se déranger, vu la grande mobilité des joues surtout au moment de la mastication.

5° *Modification Atti.* — C'est dans le but de parer à cet inconvénient que Atti (1818), chirurgien italien, imagina la modification suivante.

Atti enfonce un trocart dans l'orifice fistuleux et traverse la joue obliquement suivant le trajet du conduit salivaire. Par la canule, on passe un petit tube de plomb de forme cylindrique percé de petits trous dans plusieurs points de sa longueur, de façon que la salive puisse passer au travers; l'extrémité qui correspond à l'intérieur de la bouche est divisée en trois branches minces qu'on écarte les unes des autres afin de maintenir béante cette partie de la plaie. L'autre extrémité qui correspond à la fistule présente une petite ouverture dans laquelle on passe un petit cordonnet de soie avec lequel on attire légèrement le cylindre de plomb, on maintient le cylindre en place par le moyen de ce cordonnet qu'on fixe à l'oreille du même côté. Les bords de la fistule sont avivés et l'on favorise la cicatrisation.

Lorsqu'il ne reste plus, pour que la réunion soit complète, que l'ouverture qui livre passage au cordonnet de soie, on coupe ce dernier et le cylindre de plomb n'en reste pas moins fixe dans l'épaisseur de la joue, où on le laisse jusqu'à l'entière formation de la route artificielle qu'on a ouverte pour l'écoulement de la salive, il est alors facile de le retirer avec l'ongle du doigt.

Les branches du petit tube sont repliées dans la bouche, elles empêchent le cordonnet de soie d'attirer trop en dehors la canule placée dans l'orifice interne.

Ce procédé a, paraît-il, toujours réussi à Atti, il est très bien imaginé, mais le petit cordonnet de soie qui passe à travers l'orifice fistuleux est un obstacle à sa cicatrisation et favorise l'écoulement de la salive au dehors.

Higguet, en 1868, s'est servi du procédé de Atti en y supprimant le fil et a obtenu la guérison. Il s'agissait d'une fistule du canal de Sténon, consécutive à un coup de sabre. Higguet perfora la joue avec un trocart pénétrant par la fistule et sortant par l'orifice du canal de Sténon. Dans ce trajet il introduisit une canule de 3 à 4 centimètres de long, dont les extrémités fendues furent repliées dans la bouche et dans l'ouverture fistuleuse dont les bords avaient été ensuite suturés.

6° *Modification de Pozzi.* — M. Pozzi, Obs. XVI, opéra avec succès une fistule salivaire par le procédé

de la simple ponction en y introduisant l'heureuse modification du tube de caoutchouc.

Le procédé de M. Pozzi représente celui du séton de Monro, mais avec cette supériorité qu'il réunit en même temps les avantages de la canule de Duphœnix, en permettant de même à la salive un écoulement facile dans la bouche.

En apportant au traitement de la fistule du canal de Sténon le bénéfice du drain en caoutchouc, M. Pozzi a fait une modification heureuse à la méthode Deroy.

Suivant M. Pozzi, il faut toujours essayer cette thérapeutique si simple avant d'avoir recours à une opération plus compliquée. Pour lui, quand le tube est supprimé, le trajet tend à s'oblitérer, l'oblitération marche plus vite du côté de la peau que de la muqueuse. Par suite on transforme la fistule cutanée en fistule muqueuse, ce qui équivaut au rétablissement du canal naturel. Enfin M. Pozzi fait remarquer qu'il suffit de passer le drain directement d'avant en arrière et que l'obliquité du trajet n'est utile que dans certains cas.

Dans ce procédé, comme dans celui de Monro, la présence du tube dans l'orifice fistuleux est un obstacle à la cicatrisation de ce dernier. Si dans le cas que rapporte M. Pozzi, le passage d'un drain directement de dehors en dedans, et son séjour dans les tissus pendant trois jours, ont suffi pour amener la formation d'un canal artificiel, la guérison n'a pas été, dans tous les cas, obtenue aussi facilement.

Le siège de l'orifice fistuleux oblige souvent à pratiquer un canal oblique en dedans et en avant pour ne pas léser le muscle masséter, comme dans le cas de Coutavox, qui fut obligé de pratiquer une seconde ponction, et le séjour d'un drain pendant trois jours dans les tissus est insuffisant pour déterminer la formation d'un canal artificiel. Dans un grand nombre de cas, comme nous le montrent certaines observations que nous avons relatées, celle-ci n'a été obtenue que par un séjour prolongé du séton, de la canule ou du drain, ou même de la dilatation à différentes reprises avec des tiges de laminaria comme dans le cas que cite M. E. Martin (*Suisse Romane*, 1883).

Enfin, contrairement à M. Pozzi, nous pensons que dans ce cas la cicatrisation devait se faire plus vite du côté de la muqueuse que du côté de la peau où le trajet était déjà cutané. L'observation de Gosselin ainsi que la pathogénie viennent à l'appui de cette idée. Il est vrai que la fistule était récente, que l'extrémité buccale du conduit était probablement peu oblitérée, dans ce cas les moyens simples tels que suture, cautérisation auraient peut-être suffi à amener l'occlusion de cet orifice fistuleux. M. Pozzi a été favorisé par d'heureuses circonstances et ce serait s'exposer à des déceptions que de compter sur ce procédé. Il suffit de lire l'observation de Deguise pour voir quelles difficultés on éprouve parfois de détourner la salive d'une voie où elle n'a pas l'habitude de s'engager.

Kaufmann a eu l'occasion d'observer de 1880 à 1882, trois cas de fistule salivaire du canal de Sténon, les

deux premières dues à des blessures de la joue et à la section du canal, la troisième consécutive à l'ablation d'un sarcome de la face qui emporta avec lui une certaine longueur du canal de Sténon.

Kaufmann observa une guérison spontanée par suite de la suppression de la glande salivaire dans un cas, il traita les autres en faisant passer un drain en caoutchouc de la fistule dans la bouche et en amenant ainsi la salive du bout postérieur dans la cavité buccale au niveau de la dent de sagesse. Le drain fut laissé en place, raccourci, puis enlevé. Dans le premier cas, il constata que le nouveau trajet formé par le tube s'ouvrait manifestement dans le vestibule et que la salive s'y écoulait facilement. Dans le second cas, il constata que, malgré une guérison complète de la fistule, la salive ne coulait plus dans la bouche; après le retrait du tube, il s'était produit un arrêt de la sécrétion salivaire par suite d'une sorte d'atrophie fonctionnelle de la glande.

Dans une leçon recueillie dans le service de M. le docteur Campenon, ce chirurgien rejette la promesse de guérison sans opération, par emplâtre, agglutinatif, etc., de même que le rétablissement du canal de Sténon, par cathétérisme et dilatation, l'orifice, dit-il, étant difficile à retrouver, souvent il est atrophié, d'où échec. Il rejette également la suture. Dans les cas de fistules du canal de Sténon, il emploie un procédé qui découle de la ponction unique avec passage d'un drain. Ce drain du calibre 12 ou 13 de la filière Charrière est armé à l'extrémité d'un fil d'argent ou d'un crin de

Florence, on prend un trocart ou un bistouri et on crée un trajet franc vers la bouche, de façon que le fil armant le drain, ressorte en face du point sectionné, on fait la suture de la plaie, le fil étant pris dans cette suture. Plus tard on retire le fil par la bouche. Par ce procédé, M. Campenon a obtenu deux succès.

M. le professeur Tillaux, dans son traité de chirurgie clinique, est d'avis : de traverser de part en part la joue au niveau de la fistule, d'introduire un drain dans le trajet, de tirer le drain de façon que l'extrémité externe affleure la peau, de faire sortir l'autre extrémité par la bouche, de le fixer au niveau de la commissure des lèvres et de réunir ensuite la plaie convenablement avivée. Enfin il conseille de laisser le tube en place pendant trois ou quatre jours jusqu'à la cicatrisation de la peau.

Enfin, M. le docteur Reynier, chirurgien à Lariboisière, a apporté au procédé de la simple ponction, la modification suivante : il va à la recherche de l'orifice cutané du bout postérieur du canal de Sténon ; un crin introduit dans le bout antérieur ressort par la bouche. Un trocart fin est introduit dans l'orifice externe du bout postérieur, à un centimètre en arrière de cet orifice, on enfonce obliquement d'avant en arrière à travers les tissus, pour ressortir par la muqueuse buccale. Le canal nouveau étant ainsi formé, on le dilate un peu par des mouvements transmis au trocart, à l'extrémité de celui-ci on fixe par la bouche un drain de petit calibre qui, le trocart retiré, ressort par la plaie de la joue. Des fils de soie empêchent le tube de se

mobiliser. La plaie cutanée est fermée presque entièrement par deux catguts dans la profondeur et des crins à la superficie.

Dans le cas de M. Reynier (Obs. XXII, la guérison aurait été certainement obtenue beaucoup plus rapidement, si elle n'avait été entravée par la présence dans la plaie d'esquilles de bois.

En faisant partir la ponction du bout postérieur du canal, il assurait la parfaite correspondance de ce conduit normal persistant en arrière de la fistule, avec la nouvelle ouverture qu'il créait dans la bouche par la ponction. Dans ce cas, l'écoulement de la salive dans la cavité buccale se fait beaucoup plus facilement.

Malgré les succès obtenus et qu'on obtient encore par la méthode de la ponction simple, on a fait à ce procédé certains reproches que nous avons signalés chemin faisant. C'est pourquoi Langenbeck d'une part, Deguise, d'autre part, ont songé à une autre thérapeutique.



## II. — Procédé de l'isolement du canal.

### PROCÉDÉ DE LANGENBECK.

C'est à Langenbeck, 1831, que revint l'honneur d'avoir appliqué le premier ce moyen. Il consistait à disséquer le bout postérieur du conduit parotidien,

pour cela il faisait une incision à la peau parallèlement à la direction connue du conduit parotidien, le cherchait et après l'avoir isolé le repliait vers la cavité buccale dont il incisait la muqueuse, il le maintenait dans cette position en fermant la plaie extérieure avec une suture entortillée.

Langenbeck aurait pu s'en tenir au procédé des chirurgiens de son époque qui dans les cas où le sien est applicable, lui sont bien préférables. Ce procédé ne peut s'appliquer, en effet, qu'aux fistules siégeant au niveau du bord antérieur du masséter. Il a en outre l'inconvénient de produire à la face des dégâts qui laissent une cicatrice apparente, de plus le canal de Sténon est très rétractile.

Ce traitement n'a guère été employé que par son auteur. Voici ce que disait Velpeau en parlant du professeur de Berlin : « Il n'a pas eu, que je sache, d'imitateur jusqu'ici et il n'en doit pas trouver à l'avenir. »

1° *Modification Riberi.* — Celui-ci modifia le procédé de Langenbeck : d'un coup de bistouri, il perfora la joue au niveau de la fistule en divisant le conduit avec les autres tissus. Avec le doigt indicateur porté dans la joue il relève les bords de la plaie, pour qu'on puisse voir les bouts sectionnés du conduit, il saisit le bout parotidien, le lie et le porte dans la bouche.

On a bien proposé de simplifier ce procédé en coupant le conduit par la bouche sans intéresser la peau, mais on conçoit que les difficultés d'exécution aient

fait renoncer à cette idée. Il ne paraît pas même toujours facile de découvrir le bout antérieur à travers la plaie du dehors.

Riberi arrivait ainsi à oblitérer le conduit parotidien, à la conservation duquel cependant les chirurgiens attachent une grande importance. Les cas de succès qu'il signala étaient sans aucun doute produits par l'atrophie de la glande.

Aussi l'idée de Riberi est-elle qualifiée de bizarre par les auteurs du *Compendium*.

2° *Modification Delore.* — M. Delore de Lyon, en 1869, mit aussi en usage le procédé de Langenbeck mais en le modifiant de la façon suivante. Dans un premier temps il introduit une sonde cannelée dans le bout du canal par l'orifice de la fistule, fait autour de cette fistule une incision en forme de V, puis il dissèque le bout postérieur du canal dans une certaine étendue.

Dans un deuxième temps, la sonde cannelée est remplacée dans le bout postérieur du canal par une sonde en gomme élastique, qu'elle il fixe à l'orifice cutané.

Dans le troisième temps, il pratique dans la joue avec un bistouri une perforation directe par laquelle il introduit dans la bouche l'extrémité libre de la sonde entraînant avec elle l'orifice cutané de la fistule, il sectionne la sonde de façon à la laisser saillir de 2 centimètres environ dans la cavité buccale.

Enfin dans le quatrième temps la plaie extérieure est réunie par une suture métallique.

Ainsi que nous le montre l'observation XVII, ce procédé a réussi alors que celui de Deguise avait échoué, ce qui, d'après M. Delore, semble être dû aux conditions suivantes : 1° les tissus formant les lèvres de la plaie extérieure sont sains et propres à la réunion immédiate ; 2° au lieu d'établir un canal artificiel sujet à l'oblitération, il n'est besoin que de conserver intacte la partie persistante du canal, dont l'orifice longtemps cicatrisé ne tend pas à s'oblitérer ; si le bout du canal n'était pas assez long pour que son extrémité atteignît la surface interne de la joue, la présence de la sonde empêcherait la plaie interne de se refermer par dessus jusqu'à ce que les bords de celle-ci fussent complètement cicatrisés avec le pourtour de l'orifice fistuleux.

En somme ce procédé diffère de celui de Langenbeck :

1° En ce qu'on cathétérise le conduit salivaire, d'abord au moyen d'une sonde cannelée qui sert de guide dans la dissection, puis avec une sonde fine qui, y étant placée, permet d'entraîner et de maintenir à l'intérieur de la bouche l'orifice fistuleux ;

2° En ce qu'il dissèque soigneusement cet orifice, qu'il en assure la persistance, tout en facilitant la réunion de la plaie extérieure.

Ce procédé d'isolement du canal n'est applicable qu'aux fistules situées en avant du masséter. De plus il est passible de certaines critiques : d'abord on n'a

pas toujours une portion du canal de Sténon assez longue pour le bien exécuter ; il est vrai que la sonde qu'on y introduit pourrait y suppléer ; mais c'est un corps étranger qui par sa présence peut déterminer des accidents. Ensuite il nous paraît être d'une exécution difficile et ne donne pas une guérison ni plus sûre, ni plus rapide que les procédés que nous décrivons plus loin.

Ce procédé peut cependant réussir dans certains cas entre les mains de chirurgiens habiles.

*3° Modification de Bonnafond.* — En 1841, M. Bonnafond, chirurgien militaire, a voulu modifier le procédé de Langenbeck. Sa méthode n'est autre que celle de Deguise ou de Beclard à laquelle il ajoute la dissection du canal : en effet il traverse celui-ci d'avant en arrière par un fil qu'il fait ressortir dans la bouche, puis introduit d'arrière en avant une canule dans laquelle il passe l'autre extrémité du fil, les deux bouts de ce fil sont liés sur la canule.

Cette opération nous paraît inutilement compliquée et les résultats n'en doivent pas être plus sûrs.



### III. — Procédé de la double ponction.

Cette méthode est due à Deguise. Jusqu'à Trélat, elle n'avait été appliquée qu'aux fistules buccales proprement dites. Ce chirurgien, en la modifiant, l'a rendue applicable aux fistules massétériennes.

Ce fut en 1811 que Deguise trouva ce procédé, et voici dans quelles circonstances : Appelé auprès d'une jeune personne atteinte depuis plus de dix ans d'une fistule salivaire du canal de Sténon, contre laquelle un grand nombre de traitements, y compris la ponction avec seton, avaient déjà échoué, Deguise imagina alors un nouveau procédé dont les heureux résultats l'ont rendu classique depuis. Nous reproduisons la description que Deguise lui-même donne de son opération :

« Armé d'un petit trois-quart, j'en dirigeai la pointe  
« par l'orifice fistuleux dans le canal de Sténon le plus  
« avant possible vers sa naissance. Là, perçant la  
« joue, j'ouvris une issue intérieure, le poinçon retiré,  
« je glissai dans la canule un fil de plomb, deux doigts  
« introduits dans la bouche maintinrent l'extrémité de  
« ce fil et permirent de retirer la canule. Cela fait, je  
« portai de nouveau le trois-quart dans l'ouverture fis-  
« tuleuse, mais en la dirigeant dans un sens opposé  
« et perçant la joue d'arrière en avant et de dehors en  
« dedans. Je retirai le poinçon comme ci-dessus, mais

« je n'ôtai la canule qu'après qu'elle m'eût aidé à  
« introduire dans cette seconde ouverture un fil ciré  
« double, dont l'extrémité fixée à la portion du fil de  
« plomb restée en dehors, servit à l'introduire dans la  
« bouche de manière à lui faire former une anse dans  
« l'épaisseur de la joue. Chaque extrémité fut recour-  
« bée sur elle-même afin de prévenir tout déplace-  
« ment.

« Je procédai ensuite à la réunion des bords de la  
« fistule par la suture entortillée. Le tout fut maintenu  
« par des compresses graduées et un bandage. Le  
« sixième jour je retirai l'aiguille. A dater de ce jour,  
« la salive n'a plus coulé que par la bouche et la fis-  
« tule a été radicalement guérie. »

Le procédé de Deguise qui ouvre à la salive une double voie artificielle, a, sur tous ceux employés jusqu'à lui, le grand avantage de laisser l'orifice fistuleux libre et de permettre, par conséquent, au travail cicatriciel de se faire sans encombre. Duphœnix avant lui avait bien eu cette idée, mais on a vu au prix de quelles difficultés il la réalisait et encore n'y parvenait-il qu'imparfaitement.

Cette méthode, telle que Deguise l'a exécutée, est néanmoins susceptible de certaines critiques : 1° Le nouveau trajet que laissent les fils de plomb est étroit et a, par conséquent, beaucoup de tendance à s'oblitérer une fois ces fils enlevés ; 2° Ces fils représentent des tiges pleines qui obturent le conduit et par suite sont un obstacle au passage de la salive, tant qu'elles sont en place ; 3° Elles occasionnent au malade une

gêne permanente, souvent même de la douleur à cause des mouvements de la mâchoire; 4° Ce procédé n'est applicable qu'aux fistules qui siègent au niveau du masséter. Plus tard, Trélat, Le Fort, Richelot l'ont modifié et l'ont rendu applicable aux fistules massétériennes.

1° *Modification Percy.* — Percy fait remarquer avec beaucoup de justesse que les deux canaux artificiels pratiqués par Deguise, l'un est dans la position naturelle du canal de Sténon et, par conséquent, est très utile à la guérison, tandis que l'autre, dirigé dans un sens opposé au cours naturel de la salive, n'a qu'une utilité problématique. Néanmoins celui-ci a un avantage qu'on ne peut contester, c'est celui d'assujettir le fil de plomb, sans qu'il reste de corps étranger dans l'orifice fistuleux dont la cicatrisation est si importante. C'est pourquoi Percy proposa la modification suivante : Il ne fait qu'une seule ponction d'arrière en avant; il introduit par l'ouverture fistuleuse une certaine longueur de fil de plomb dans la portion du canal qui repose sur le masséter, tandis que l'autre extrémité passant sous l'orifice fistuleux traversait la joue par l'unique ouverture artificielle et était replacée en dedans de la bouche ou une médiocre compression extérieure la serrant contre la membrane buccale et les dents, suffisait pour la maintenir.

Ce moyen, ajoute Percy, m'a réussi plusieurs fois et je n'ai pas eu besoin de recourir aux caustiques et à la suture, plusieurs feuilles d'or appliquées sur l'ori-

fice fistuleux l'avaient si exactement fermé que la salive ne trouvant plus de chemin pour s'écouler au dehors, glissa le long du fil métallique qui, agissant comme corps étranger, s'entoura d'une sorte de muqueuse, future paroi du nouveau canal.

Les objections faites à Deguise peuvent également être faites à Percy.

2° *Modification de Béclard.* — Le procédé de Béclard ne diffère du procédé de Deguise que par la manière d'introduire le fil de plomb à travers le deuxième trajet. Au lieu de faire la deuxième ponction d'arrière en avant et de dehors en dedans, il fait ouvrir largement la bouche pour le pratiquer de dedans en dehors. On peut alors introduire directement le bout externe du fil métallique dans la canule et retirer celle-ci très facilement par la bouche. On rapproche ensuite les deux bouts laissés libres dans la cavité buccale, on les lie ensemble, en les tordant, de telle sorte qu'on puisse les resserrer à mesure que la portion de la joue comprise dans l'anse qu'ils forment est coupée par cette ligature. On avive au bistouri les deux bords de l'incision et on réunit immédiatement au moyen de la suture entortillée.

Béclard dit avoir guéri trois malades par ce moyen. Le fil de plomb est resté dix-huit mois sans provoquer d'accident dans la joue d'un de ses malades.

3° *Modification de Croserio.* — Croserio a apporté à ce procédé une légère modification, consistant à em-

ployer dans cette opération une canule sans pavillon, ce qui permet de la retirer par la bouche. Nous avons vu que Béclard évitait l'inconvénient du pavillon en faisant la deuxième ponction de dedans en dehors, mais nous pensons que l'opération se ferait avec beaucoup plus de facilité en portant le trocart de dehors en dedans.

M. Gosselin a fait au procédé de Béclard le reproche suivant : il permet aux tissus de se cicatriser autour de l'anse ou fil à mesure qu'ils sont sectionnés et par suite de mettre obstacle au passage libre de la salive. De plus c'est un procédé très long.

C'est pour obvier à ces inconvénients que Gosselin a eu recours à la section extemporannée des tissus compris dans l'anse du fil.

4° *Modification de Gosselin.* — En 1859, Gosselin opéra une fistule du canal de Sténon consécutive à l'ablation d'une tumeur de la joue. Cette fistule avait été traitée en vain par la cautérisation et la compression.

Gosselin pensa qu'il fallait s'efforcer de créer un canal artificiel du côté de la bouche, et songea au procédé de Deguise et à la modification de Béclard, car il avait, dit-il, remarqué dans les opérations de ce genre auxquelles il avait assisté, que l'insuccès était dû à ce que la plaie extérieure réunie après avivement, et à ce que les orifices étroits établis du côté de la bouche par le fil métallique, s'étaient cicatrisés plus vite que la plaie

extérieure devenue granuleuse après la réunion non immédiate.

Gosselin pensa donc que l'indication principale était d'établir du côté de la bouche une ouverture plus large qu'on ne le fait avec le fil métallique laissé en place ou même serré progressivement chaque jour ; et le mode d'exécution le plus sûr, tant pour éviter l'hémorragie que pour avoir une solution de continuité facile à maintenir ouverte, lui parut être l'écrasement linéaire.

Il plaça un fil suivant les préceptes de Deguise et Béclard, c'est-à-dire que l'anse correspondait à la fistule et que les deux chefs, traversant la muqueuse par des orifices distants l'un de l'autre de plus d'un centimètre, sortaient par la bouche. Les deux chefs furent attachés au serre-nœud de Mayor et le fil fut serré progressivement pendant trois quarts d'heure. La douleur fut très vive ; il fut nécessaire de laisser au repos le malade pendant deux heures, au bout desquelles la constriction fut exercée de nouveau et la section achevée. Il y avait ainsi une large perforation par laquelle, dès le lendemain, on vit sortir la salive. Un appareil compressif fut ensuite appliqué sur la fistule extérieure.

Pendant quelques jours la salive ne s'écoula pas sur la joue, mais au bout de six jours, elle s'écoula de nouveau et en portant la sonde cannelée au fond de l'ouverture buccale, M. Gosselin reconnut que le fond s'était resserré. A partir de ce moment, il prit le parti d'introduire, pour empêcher la réunion de ce fond, jusqu'au moment où la plaie serait cicatrisée, le même instrument.

Les décollements de la peau furent en même temps incisés et l'on en profita pour mettre deux points de suture au niveau de la fistule. La réunion immédiate n'eut pas lieu, on eut soin de continuer la compression et de favoriser l'écoulement de la salive par la bouche au moyen du décollement quotidien du fond de la plaie buccale avec la sonde cannelée.

La cicatrisation extérieure était complète le 24<sup>e</sup> jour et l'on pouvait voir la salive couler dans la bouche par l'ouverture accidentelle.

Depuis ce temps la guérison ne s'est point démentie.

La section faite avec l'écraseur linéaire et l'introduction journalière de la sonde cannelée a pu assurer la persistance du trajet buccal artificiel.

Ce procédé qui n'offre pas plus de garanties de succès que celui de Béclard, a de plus l'inconvénient de faire subir au malade une opération longue et fort douloureuse, puisque Gosselin conseille le chloroforme pour la pratiquer.

La manœuvre qui consiste à décoller tous les jours les lèvres de la plaie au moyen de la sonde cannelée est encore excessivement pénible.

Enfin, comme celui de Deguise et de Béclard, il n'est applicable qu'aux fistules buccales.

5<sup>e</sup> *Modification de Malgaigne.* — Malgaigne se servait d'un séton enfilé de deux aiguilles portées tour à tour au fond de la fistule pour sortir par la bouche à la distance jugée nécessaire. Après avoir noué les

deux bouts du sétou, on avive et on réunit par suture les bords de la plaie extérieure. Quand celle-ci est bien cicatrisée, ou bien on retire le sétou par la bouche, la salive pouvant s'écouler par ces deux ouvertures, ou bien on attend qu'il tombe de lui-même, après avoir détruit le pont qui sépare les deux ouvertures et les avoir confondues en une seule.

6° *Modification de Mirault.* — Mirault se servait d'un fil de plomb comme Béclard, et dès que l'orifice fistuleux présentait une cicatrice un peu résistante, il coupait les parties qui pouvaient encore retenir dans la bouche l'arc métallique.

Cette modification a l'avantage de débarrasser l'opéré de ce fil dont la présence sur la muqueuse est une gêne continue. En second lieu, la salive trouvant un trajet plus large s'écoule plus facilement dans la cavité buccale.

7° *Modification de Le Fort.* — Le Fort a légèrement modifié le procédé de Malgaigne, en comprenant dans une anse de fil, une partie du bout postérieur, et en remplaçant le fil ordinaire par un fil élastique, dont l'action sectionnante est plus rapide et plus sûre. En engageant d'abord l'aiguille dans le bout postérieur du canal de Sténon, Le Fort assurait la parfaite correspondance de ce conduit normal persistant en arrière de la fistule avec la nouvelle ouverture créée dans la bouche par la striction du fil. L'écoulement de

la salive dans la bouche se fait également plus facilement.

Ce procédé a donné à Le Fort une guérison complète, rapide, ainsi que nous le montre l'observation XVIII.

8° *Modification de Trélat.* — Le procédé que M. le professeur Trélat employa est celui de Deguise et Béclard, appliqué au traitement des fistules massétériennes ; il est par cela même applicable aux fistules buccales.

Le malade, dont nous publions l'observation (Obs. XIX), portait une fistule salivaire du canal de Sténon située à deux centimètres en arrière du bord antérieur du masséter ; c'était donc un cas difficile, puisqu'il fallait contourner le bord antérieur du masséter pour pénétrer dans la bouche, et faire à travers la joue une perte de substance oblique, profonde, ayant une tendance naturelle, presque invincible à la cicatrisation.

Coutavox rapporte qu'ayant percé la joue pour procurer une route artificielle à la salive, le séton qu'il plaça dans le nouveau conduit gênait beaucoup le malade qui ne pouvait remuer les mâchoires qu'au prix de douleurs assez vives, parce que le séton passait à travers le muscle masséter. Il fallut avoir recours à une deuxième ponction faite obliquement suivant la direction du canal.

Voici comment Trélat évita cette cause d'insuccès par un moyen très simple :

Il fait d'abord une ponction double en faisant contourner à son trocart le bord antérieur du masséter, il enserre dans une anse de fil, une certaine portion de tissus et au moyen d'un serre-nœud, les sectionne en six jours; puis, c'est en quoi consiste sa modification, il introduit dans cette ouverture artificielle qu'il vient de créer, une tige de laminaria qu'il laisse en place, en même temps qu'il cherche au moyen d'une autoplastie à fermer la fistule externe.

Ce procédé de Trélat offre certains avantages sur ceux de Béclard et de Gosselin.

Il diffère de celui de Béclard en ceci : d'abord il est moins long au point de vue du résultat, de plus il ne laisse pas aux tissus qui avoisinent l'anse de fil, le temps de se cicatriser au fur et à mesure qu'ils sont sectionnés, puisque la section s'est faite en six jours, au bout desquels l'escharre s'est détachée, laissant un orifice de 4 à 5 millimètres de largeur pour l'introduction de la tige de laminaria.

Il diffère du procédé de Gosselin en ce qu'au lieu d'être extemporanée, la section est progressive quoique très prompte; c'est un avantage, car au lieu d'une plaie vive et saignante qui a une tendance presque invincible à la cicatrisation, on obtient à la chute de l'escharre, une plaie qui présente peu de réaction inflammatoire et par conséquent moins de tendance à la réunion des parties.

Il diffère encore du précédent en ce que, au lieu d'introduire tous les deux jours une sonde cannelée, ce qui ne remplit pas l'indication de la dilatation,

M. Trélat se servait d'une tige de laminaria qui dilate en même temps qu'elle s'oppose à la cicatrisation de la partie interne de la plaie.

Enfin, il diffère des précédents, en ce qu'il est applicable aux fistules massétériennes à moins de recourir à l'introduction d'une canule dans le trajet oblique de la plaie, ce qui est une difficulté opératoire que ne présente pas la tige de laminaria qui s'immobilise d'elle-même sous l'influence de la dilatation. Au point de vue de la rapidité de la guérison ce procédé n'est pas inférieur aux précédents.

Malgré cela, on ne peut s'empêcher de remarquer que Trélat a été loin d'obtenir un succès, car vingt jours après l'application de ce procédé, la salive coulait encore par la fistule, malgré la tige de laminaria et de l'autoplastie.

#### 9° MODIFICATION DE M. RICHELOT.

M. Richelot a modifié, d'une façon heureuse, la méthode de la double ponction. Voici comment il procède :

1° Il plonge dans la fistule, d'avant en arrière, un trocart qu'il fait sortir sur la joue à quelque distance, de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive : à l'aide d'un stylet aiguillé il met un fil provisoire à la place du trocart.

2° Par la fistule, il perfore obliquement la joue d'arrière en avant et y place un tube en caoutchouc dont l'extrémité antérieure sort par la bouche ;

3° Il attache à l'extrémité postérieure du tube un fil provisoire et le fait sortir par l'orifice nouvellement créé. De cette manière, une anse de caoutchouc passe derrière la fistule sans y toucher ;

4° Il suture la fistule après avivement, mais seulement quand le gonflement inflammatoire est tombé et que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative. Après la suture, il faut attendre encore et ne pas retirer le tube avant que le cours de la salive ne soit entièrement libre et la cicatrice résistante.

Dans une deuxième opération, M. Richelot a exécuté le premier temps d'une façon un peu différente et plus simple ; il a d'abord pratiqué le trajet intra-buccal avec le trocart, ensuite il introduit dans le bout postérieur du canal de Sténon un stylet légèrement recourbé, puis faisant saillir la pointe sous la peau, il pratique à ce niveau une boutonnière à la peau à l'aide du bistouri.

Nous avons reproduit dans l'observation XXI l'histoire du malade que M. Richelot communiqua à la Société de chirurgie en 1883. L'orifice fistuleux était situé au niveau du masséter et la région remplie d'abcès analogues à celui qui avait déterminé la fistule salivaire. C'est un bel exemple de guérison par ce procédé.

Le procédé de M. Richelot n'est que celui de Deguise modifié et perfectionné ainsi qu'il suit :

1° Des deux ponctions, une seule est dirigée vers l'intérieur de la bouche, l'autre est faite à la peau à un ou deux centimètres en arrière de la fistule en portant le stylet dans la portion saine du canal de Sténon. Le

drain placé dans le conduit, un peu au dessus de l'ouverture fistuleuse, fait que la salive le rencontrant plus tôt, a plus de tendance à pénétrer dans la bouche.

2° Au lieu d'employer une petite tige, M. Richelot se sert d'un tube en caoutchouc de 4 millimètres de diamètre, lequel est beaucoup mieux supporté par le malade, permet l'écoulement facile de la salive à son intérieur et laisse après son enlèvement, qui ne se fait qu'après la cicatrisation complète de la fistule, un trajet assez large et assez bien constitué.

3° Contrairement à celui de Deguise, il est applicable à toutes les fistules du canal parotidien.

Enfin le procédé de M. Richelot est d'une exécution facile, ne provoque aucune douleur et répond aux indications que nous avons formulées au début de ce travail.

M. Moty, chirurgien militaire, a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 15 octobre 1895, un cas de fistule du canal de Sténon qu'il a traité par le procédé de la double ponction. Nous ne décrivons pas le mode opératoire qu'il a employé, il se trouve dans l'observation XXI que nous relatons, c'est d'ailleurs celui de Gosselin, Malgaigne, Le Fort. Il s'est servi de crins de cheval qui sont, dit-il, préférables aux crins de florence et aux fils métalliques qui manquent de souplesse et aux fils de soie qui s'infectent et irritent les tissus. De plus, ils s'enlèvent avec la plus grande facilité quand leur rôle est terminé.

Dans le cas de M. Moty, la guérison a été obtenue très rapidement. Voici, d'après ce chirurgien, quelle

est la marche à suivre quand on emploie ce procédé :  
1° Placer le drain de crins et attendre deux ou trois jours ; 2° Placer une plaque de diachylon sur la fistule et recommander au malade d'appliquer sur cette plaque au moment des repas pour refouler la salive vers la bouche ; 3° Quinze jours plus tard, si la fistule ne tend pas à se fermer spontanément, faire un avivement et une suture à étage et n'enlever le drain qu'après la cicatrisation complète de la fistule.

Là seule chose bien importante est de bien placer son drain de crins ; il faut que l'anse embrasse un petit point muqueux au fond de la fistule, afin d'entraîner celle-ci vers la bouche et de ne pouvoir se déplacer sans être sectionnée.

En résumé, ces modifications de la double ponction, bien qu'elles ne soient pas à l'abri de tout reproche, ont à leur actif un si grand nombre de succès, que, dans la majorité des cas, c'est à elles que l'on devra encore s'adresser.





## OBSERVATIONS



### I. — Observations de fistules parotidiennes.

#### OBSERVATION I

Mirza de Gaffary (Thèse de Paris, 1867.)

*Nécrose de la mâchoire inférieure. Fistule parotidienne consécutive. Insuffisance de la cautérisation et injections irritantes. Fistule borgne externe convertie en fistule borgne interne. Guérison.*

Eug. Germain, 5 ans, éprouve des douleurs dans la partie latérale droite de la mâchoire inférieure. Vers fin novembre on lui a ouvert un abcès formé vers l'angle de l'os.

Le 15 décembre on le conduit à M. Fano qui constate, au niveau de l'angle droit de la mâchoire inférieure un décollement de la peau ; M. Fano excise toute la portion du tégument décollé. On panse la plaie.

Le 18 décembre, la plaie se couvre de bourgeons charnus vers les bords.

Le 23. le pansement est imbibé d'un liquide incolore. On conduit l'enfant à M. Fano qui constate que la plaie fournit, par les deux tiers de son étendue, un liquide clair comme de l'eau, l'écoulement augmente quand l'enfant mange du sucre. On fait une injection de teinture d'iode dans l'orifice fistuleux.

Le 26. Ecoulement moins abondant, sauf au moment de la mastication Injection de teinture d'iode.

Le 28. Nouvelle diminution de l'écoulement par la plaie qui présente un décollement de la peau à la partie inférieure. M. Fano excise la portion des téguments décollés.

Le 29. Etat bon. Pansement à la teinture d'iode.

Le 2 janvier. Plaie rétrécie, la mastication provoque la sortie d'une quantité moindre de salive.

Le 7. Sous influence d'une mastication prolongée de substances sapides, sortie de quelques gouttes de salive. Cautérisation du fond de la fistule avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 12. La mère raconte que ce n'est qu'à la fin des repas, qu'on voit suinter un peu de salive ; en notre présence, la mastication du sucre ne provoque aucun écoulement.

Le 14. On constate qu'au niveau de la plaie il s'est formé une cicatrice qui présente deux pertuis fistuleux, on applique sur cette cicatrice une petite rondelle de caustique de Canquoin. A la chute de l'escharre il s'écoule un peu de salive par deux pertuis, l'un situé en haut, l'autre en bas de la plaie. On panse avec des boulettes de charpie imbibées de teinture d'iode et on fait de la compression sur la plaie.

Le 18. A la mastication du chocolat, écoulement abondant de la salive par le pertuis supérieur de l'orifice fistuleux. Le peu d'espoir d'obtenir la fermeture de cette fistule par les

topiques irritants et la compression, décide M. Fano à convertir la fistule borgne externe en fistule borgne interne.

Un trois quart explorateur dont le poinçon est rentré dans la canule, est conduit le long du trajet fistuleux d'arrière en avant, de droite à gauche, jusqu'à ce que l'extrémité fasse saillie sous la muqueuse buccale. Le poinçon est poussé directement de manière à perforer la muqueuse et à pénétrer dans la muqueuse buccale. Tout l'instrument est retiré et on conduit le long du même trajet un stylet fin aiguillé qui entraîne un fil ciré double. L'une des extrémités du fil pend hors la bouche, l'autre hors la plaie extérieure, pendant que l'une est dans le trajet fistuleux. Les deux extrémités sont nouées ensemble.

Le lendemain, tuméfaction de la joue droite; les jours suivants, amélioration, pendant les repas à peine quelques gouttes de salive. La plaie extérieure est pansée, tantôt avec une boulette imbibée de teinture d'iode, tantôt imbibée de teinture de benjoin.

Pendant la mastication le fil a été coupé plusieurs fois, il a fallu le remplacer en nouant un autre fil à l'un de ses bouts.

Le 29. La solution de continuité est cicatrisée, le fil est sorti de la plaie, la mastication du chocolat provoque l'issue d'une ou deux gouttelettes de liquide séreux.

Le 21. Il reste un petit pertuis au niveau de l'angle de la mâchoire.

Le 4 mars. Extraction d'un séquestre.

Fin mars. Guérison complète.

OBSERVATION. II (résumée).

Bérard. (Thèse d'agrégation, 1841.)

Fistule parotidienne consécutive à une tumeur occupant la face externe de la parotide, guérie par la cautérisation aidée de la compression.

OBSERVATION III (résumée).

Jobert de Lamballe. (*Archives générales de médecine*, 1828, t. III, p. 58.)

Femme âgée de 40 ans, qu'on opère pour une tumeur située au niveau de la glande parotide gauche. La tumeur enlevée on fait une suture entortillée sur les lèvres de la plaie. La cicatrisation se fait sauf en un point qui est le siège d'un écoulement salivaire. Guérison de cette fistule par la compression graduée et les attouchements au nitrate d'argent.

OBSERVATION IV (résumée).

Lebon. (Thèse Paris, 1879.)

Fistule parotidienne à la suite d'une plaie produite par une balle. Le canal de Sténon était perméable. Echec de la suture. Guérison par la cautérisation aidée de la compression. La cautérisation seule avait été sans résultat.

OBSERVATION V (résumée).

E. Martin. (*Annales médicales de la Suisse Romande*, 1886.)

Homme de 42 ans, ayant une tumeur siégeant au niveau de la région massétérienne à un travers de doigt en avant du conduit auditif externe. Extirpation facile de cette tumeur. On suture la plaie au catgut, réunion par première intention sauf à sa partie inférieure d'où sort un liquide clair et transparent, abondant au moment des repas. Région parotidienne douloureuse et tuméfiée. On cautérise l'orifice fistuleux au galvano-cautère ; à la suite, l'écoulement diminue, puis reparaît. Nouvelle application de l'anse de platine, en même temps légère compression de l'orifice fistuleux au moyen d'une pelote et d'un ruban élastique. Guérison.



**II. — Observations de fistules du Canal de Sténon.**

OBSERVATION I (résumée).

Hergott, Strasbourg. (Thèse Cadot, 1872.)

Le 16 août 1870. Soldat blessé par une balle dont l'ouverture d'entrée est située au milieu de la joue et l'orifice de sortie sous le lobule de l'oreille. La cicatrisation de la plaie se

fait sauf en un point qui donne issue à un liquide séreux, abondant, surtout au moment des repas. On cauterise au nitrate d'argent et en quelques jours on obtient la guérison de la fistule.

#### OBSERVATION II (résumée).

D<sup>r</sup> Lombard, de Ferrasson. (*Gazette des hôpitaux*, 1875.)

Fistule du canal de Sténon, à la suite de la présence d'un calcul salivaire qui détermine la formation d'un abcès qu'on ouvre. A la suite de cette ouverture, il se forme une plaie communiquant avec la bouche et donnant issue extérieurement à une partie de la salive, le reste continuant à couler dans la bouche. Sous influence de la cautérisation extérieure de la fistule avec du nitrate d'argent et de la compression, la fistule se cicatrise

#### OBSERVATION III (résumée).

D<sup>r</sup> Ravanel. (*Annales médicales de la Suisse Romande*, 1883.)

Un individu est frappé au visage avec une bouteille cassée; la plaie qui en résulte est à égale distance de l'oreille et de la commissure labiale. La muqueuse buccale est intacte. On panse la plaie, mais on s'aperçoit quelques jours après que le pansement est imbibé de salive et de sang, l'écoulement salivaire augmente quand le malade parle ou mange. Après deux cautérisations au nitrate d'argent, guérison de la fistule du canal de Sténon.

OBSERVATION IV (Résumée).

E. Guder à Coppet (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1889).

Fistule du canal de Sténon à la suite d'une plaie de la joue.  
Guérison par la cautérisation.

OBSERVATION V (Résumée).

Rodolphi (*Gazette médicale de Paris*, 1859).

Fistule salivaire du canal de Sténon consécutive à l'ablation d'une tumeur kystique placée sur le trajet de ce canal. On essaya d'abord la compression qui ne put être supportée par le malade, puis la suture entortillée, enfin on mit en usage un troisième moyen qui consistait en un ressort d'acier maintenant réunies les deux lèvres de la plaie. Tous ces moyens échouèrent. On songea alors aux applications de couches de collodion qui en huit jours amenèrent la guérison.

OBSERVATION VI (Résumée).

Tornley Stokes (*Dublin Journal of medical sciences*,  
janvier 1882).

Epithélioma de la joue, à la suite de l'ablation duquel survint une fistule du canal de Sténon qui guérit à l'aide d'un emplâtre agglutinatif.

OBSERVATION VII (Résumée).

Maisonneuve, cas rapporté par Louis (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1762).

Un cavalier reçut à la joue un coup de sabre qui fit une plaie considérable avec déperdition de substance. En pressant sur la parotide, Maisonneuve vit sortir de la salive par un petit trou situé au milieu de la joue. Il songea alors à faire de la compression, non pas sur l'ouverture qui donnait passage à la salive, mais sur la partie saine du canal entre son ouverture et la glande. Ce procédé eut l'inconvénient de déterminer un gonflement considérable de la glande qui céda heureusement à l'application de topiques émollients. On continua cette compression pendant vingt jours et la guérison fut obtenue.

OBSERVATION VIII

M. Borel (*Gazette des hôpitaux*, 1859).

Abraham P..., journalier, âgé de 37 ans, dans une querelle avec ses camarades, reçut à bout portant un coup de pistolet, chargé avec de la grenaille de plomb, qui lui transperça la joue droite de part en part. L'ouverture de la plaie admettait facilement le bout du doigt indicateur ; elle était à peu près à égale distance de la commissure droite des lèvres et du bord extérieur de la branche montante de l'os de la mâchoire inférieure. La branche horizontale de cet os était fracturée en esquilles. On fit l'extraction d'un bord alvéolaire de cet os et des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> molaires supérieures de ce côté. Dans ce premier moment on

ne trouva pas de projectile. On arrêta l'hémorrhagie, on réduisit la fracture de la mâchoire inférieure qu'on maintint par un appareil. Défense fut faite au blessé de parler, de plus il fut soumis à un régime sévère et à l'usage des antiphlogistiques.

Les trois premiers jours, P... fut pris d'un gonflement considérable à l'angle droit de la mâchoire inférieure.

Le quatrième jour la plaie commença à suppurer. Les jours suivants les escharres situées au pourtour de la plaie se détachèrent et tombèrent, les bords de la solution de continuité se détergèrent et se rapprochèrent.

Au dixième jour, la cicatrisation de la plaie était avancée, deux esquilles assez volumineuses se détachèrent de la mâchoire inférieure. A partir de ce jour, il commença à s'échapper d'une petite ouverture au centre de la fistule un liquide présentant tous les caractères de la salive et paraissant provenir du canal de Sténon qui, selon toute vraisemblance, avait été divisé dans la blessure faite à la joue, laquelle blessure correspondait exactement à l'endroit où ce canal est prêt à percer le muscle buccinateur pour pénétrer dans la bouche après avoir dépassé le bord antérieur du masséter. L'écoulement avait surtout lieu quand le blessé parlait ou mangeait ou qu'on lui comprimait la parotide.

Au quatorzième jour, l'écoulement de salive était considérable, on cautérise les bords du pertuis avec la pierre infernale et on exerce en cet endroit une légère compression.

Malgré ces moyens employés l'écoulement salivaire resta abondant jusqu'au vingtième jour.

A partir du vingt et unième jour, le liquide diminue en quantité et ne s'écoula plus que pendant que le blessé mangeait ou parlait. Mais alors la glande parotide fut prise d'un gonflement pâteux, indolent, sans changement de couleur à la peau et qui augmenta progressivement.

Au trentième jour, on extrait une esquille volumineuse qui se détache de la mâchoire inférieure. Issue de plusieurs grains de grenaille de plomb. A cette époque l'écoulement salivaire avait beaucoup diminué, n'avait lieu qu'à de rares intervalles et seulement pendant les repas du milieu de la journée. La plaie de la joue était solidement cicatrisée, à part le pertuis d'où s'échappait encore la salive. Par contre la parotide avait beaucoup augmenté, mais le gonflement était toujours indolent, pâteux et sans changement de couleur à la peau.

Le trente-troisième jour, gonflement le long de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, avec douleur et tension de la peau.

Au moment du pansement de la fracture, il s'échappa de la bouche quatre grains de grenaille de plomb, dans la journée le blessé cracha des matières purulentes et plusieurs grains de la même grenaille de plomb.

Le trente-sixième jour, gonflement considérable de la parotide avec œdème de la paupière inférieure de l'œil droit. Depuis quarante-huit heures, il n'était pas sorti une goutte de salive par le pertuis fistuleux qui paraissait complètement cicatrisé.

Le gonflement était toujours pâteux, sans changement de couleur à la peau et presque indolent. Craignant que cette tuméfaction de la parotide pût avoir des effets fâcheux, je plongeai la pointe d'un bistouri à l'endroit où la petite ouverture avait existé pour provoquer l'issue de la salive au dessous ; à la suite de cette piqure, il ne sortit dans la journée qu'une très petite quantité de cette humeur.

Le lendemain, trente-septième jour de la blessure, plus d'écoulement, les jours suivants, quelques gouttes seulement pendant l'acte de la mastication.

Du trente-septième au quarante-deuxième jour, abcès le

long de la branche horizontale de la mâchoire inférieure du côté de la fracture. Incision et évacuation d'un pus épais.

Le lendemain, au moment du pansement, par l'ouverture de l'abcès, issue d'un grain de grenaille de plomb, lequel fut suivi de plusieurs autres dans la journée.

Les jours qui suivirent amenèrent une réduction progressive de volume de la parotide. Depuis le quarante-septième jour, l'écoulement salivaire n'a pas reparu. La formation d'un abcès à côté de celui qui avait été ouvert, suivie de l'issue d'une petite esquille, est venue retarder la guérison complète du blessé qui est sorti de l'hôpital le 28 novembre, quatre-vingts jours après sa blessure.

Au moment de sa sortie, le gonflement de la parotide n'était pas entièrement dissipé, il y avait encore à sa partie inférieure, près de l'angle de la mâchoire inférieure, un peu de tuméfaction pâteuse et indolente dont chaque jour amenait la diminution.

## OBSERVATION IX

Dr Mollière. (Tussan, Thèse Lyon, 1885).

Marie J..., 17 ans, à la suite d'une rougeole, à l'âge de 6 ans, vit se développer entre le lobule de l'oreille et l'angle de la mâchoire un abcès qui fut incisé.

Quelques jours plus tard, ses parents virent s'échapper d'un petit point de la plaie, non réunie, un écoulement incolore, visqueux, intermittent, augmentant en quantité notable sous l'influence de la mastication.

Jusqu'à 16 ans, cet état subsiste. Ce n'est qu'en 1883 qu'elle vint à l'hôpital, où M. Vincent, suppléant M. Mol-

lière, tenta la réunion par une opération autoplastique, celle-ci n'était pas terminée que l'écoulement réapparaissait. La malade sort non guérie.

Le 26 avril 1884, elle revient à l'hôpital dans le même état, présentant à un demi-centimètre environ en arrière du bord postérieur du masséter, un petit orifice extrêmement ténu, donnant issue à de la salive. M. Mollière fit avec un crin de cheval le cathétérisme de cette fistule, le crin vint ressortir dans la cavité buccale par l'orifice du canal de Sténon. Le canal fut débridé dans son trajet sous-muqueux, depuis son orifice jusqu'au bord antérieur du masséter, à l'aide du couteau de Bowmann. On put pratiquer ainsi le cathétérisme du canal de Sténon, à l'aide d'une sonde de Bowmann, ce cathétérisme quotidien pratiqué pendant deux mois fit que l'orifice fistuleux devint très étroit et se tarit presque absolument.

Mais on s'aperçoit que les plus volumineux cathéters ne viennent plus sortir par l'orifice fistuleux extérieur, mais le dépassent en s'enfonçant en arrière d'au moins un centimètre. Il est impossible de faire communiquer l'orifice fistuleux avec le canal et réciproquement.

La salive avait repris son cours par l'orifice buccal du canal, mais en même temps, pendant la mastication, quelques gouttes sortaient à l'extérieur. En dehors de la mastication on pouvait projeter au dehors, par la pression, une petite réserve de salive qui se trouvait collectée à peu de profondeur sous la peau. Evidemment la fistule du canal avait fait place à une fistule de la glande. Un lobule seul de la parotide, pouvait, par un canal secondaire perforé, fournir ce liquide. C'est alors que M. Mollière eût l'idée d'atrophier ce lobule par l'injection graisseuse.

Le 28 août, on commence à l'aide d'une laminaire à préparer une route à une injection d'huile.

2 septembre. Une canule d'argent courbe très fine est introduite par la voie du laminaria. Un demi centimètre cube d'huile phéniquée est poussée dans la glande ; pas de pansement ; ce liquide est-il partiellement ou totalement ressorti ?

3 septembre. L'écoulement subsiste.

6 septembre. Nouvelle injection d'une pleine seringue de Pravaz.

8 septembre. Léger gonflement de la région.

9 septembre. Légère escharre autour de l'orifice fistuleux, pas d'écoulement.

15 septembre. Le soir, fièvre brusque, exanthème généralisé (quelques jours auparavant une scarlatine s'était révélée dans le service). T. R. 40°1.

16 septembre, T. R. 41°. Jusqu'au 15 octobre la scarlatine suit son cours, on ne s'occupe plus de la fistule.

18 octobre. La malade est rétablie, et l'écoulement a disparu, légère squame sur l'orifice qui ne paraît pourtant pas hermétiquement clos. Un peu d'atrophie locale ce qui donne à la malade une légère asymétrie faciale.

20 octobre. L'écoulement reparait, mais seulement pendant la mastication. Une goutte sort à l'orifice.

24 octobre. Une tige de laminaria est introduite dans l'orifice et dans l'ancien trajet.

26 octobre. Le laminaria est retiré, pas d'écoulement. On n'injecte que quelques gouttes d'huile d'olive (Pansement protecteur).

3 novembre. L'écoulement a cessé.

12 novembre. Guérison persiste, la malade sort.

## OBSERVATION X

D<sup>r</sup> Mollière (Thèse Tussan, Lyon, 1885).

*Fistule salivaire traumatique. Guérison par les injections  
d'huile phéniquée.*

Claude M..., voiturier, 32 ans.

Le 26 septembre, en conduisant un camion, a été précipité du haut de son siège. Dans sa chute une des roues de derrière lui a fait au côté gauche plusieurs plaies, entre autres une au dessous de l'angle de la mâchoire. Les plaies sont pansées et guérissent au bout de quatre à cinq jours.

Le 15 octobre, au niveau de la plaie, située à l'angle de la mâchoire, on aperçoit un orifice fistuleux d'où s'échappe un liquide incolore, augmentant avec la mastication. Il s'agit bien là d'une fistule salivaire. Le cathétérisme du canal de Sténon ne permet pas de rencontrer un crin dirigé par le trajet fistuleux; le cathéter du canal ne peut arriver à l'orifice externe de la fistule.

Il s'agit là d'une fistule glandulaire. Depuis son apparition la quantité de liquide excrétée va croissant et constitue une infirmité dont le malade demande à se débarrasser.

Le 25 octobre. On dilate au laminaria.

3 novembre. Injection d'une demi-seringue de Pravaz d'huile phéniquée, elle est poussée lentement dans la glande. Un pansement destiné à retenir l'huile est fixé sur la plaie.

4 novembre. Le pansement est tombé, il est remplacé par un autre.

5 novembre. Le pansement est levé. Le soir le malade constate qu'en mangeant il n'a pas eu d'écoulement de salive.

6 novembre. Même état.

7 novembre. Un peu au dessus et en avant de l'orifice fistuleux, on s'aperçoit de la formation d'un petit cul de-sac salivaire d'où la pression chasse, par l'orifice de la fistule, une grosse goutte de salive. Le soir, même nouvelle injection d'huile phéniquée poussée lentement à l'aide d'une canule d'argent très fine et courbe à son extrémité. La résistance à l'injection est plus considérable que la précédente. Pourtant une demi-seringue d'huile phéniquée pénètre. L'injection est arrêtée au moment où l'huile en excès commence à sortir par l'orifice de la fistule. Sur la région on applique un pansement.

9 novembre. Le pansement est levé, pas d'écoulement; le malade craint de nouvelles manipulations, se considère comme guéri et s'échappe du service sans qu'il nous soit permis de suivre ce qu'il en adviendra.

## OBSERVATION XI

D<sup>r</sup> Mollière (*Lyon médical*, 1887, T. LIV).

Fistule salivaire consécutive à l'ouverture d'un abcès. Guérison par injections d'huile phéniquée.

Antoinette V..., 59 ans, portait depuis dix ans une tumeur au bord postérieur du masséter. Le 27 avril 1886, elle s'adressa à un charlatan qui ouvre le kyste au bistouri et y injecte je ne sais quelle substance caustique. A la suite de cette manœuvre, érysipèle, escharre, mortification de la joue. La malade retourne chez elle avec une plaie large et anfractueuse. Cette plaie resta fistuleuse indéfiniment. Elle consulte alors un médecin qui, se trouvant en présence d'une fistule

salivaire, l'engage à aller se faire soigner à l'Hôtel-Dieu où elle entre le 2 juillet.

Nous nous trouvons en présence d'une large ulcération percée en son milieu d'un orifice très exigü, à travers duquel s'écoule la salive, abondante surtout pendant la mastication.

Les premiers jours, antisepsie de la plaie et cautérisations au nitrate d'argent de la surface bourgeonnante. La cicatrisation se fit rapidement et il ne resta plus qu'une simple fistule à orifice étroit.

Au mois d'août, le docteur Augagneur, qui nous suppléait, fit la dilatation de l'orifice fistuleux.

Au commencement de septembre, débridement et dilatation du canal de Sténon. A la suite de cette manœuvre, la sensation de sécheresse qu'elle éprouvait du côté de la bouche avait complètement cessé. L'écoulement par la fistule est moindre. De nouvelles manœuvres de cathétérisme par la fistule et le canal démontrent qu'on est en présence d'une fistule canaliculaire.

Fin septembre, je commence des injections d'huile aseptique, un quart de seringue de Pravaz. Ces injections sont renouvelées six fois en six semaines. On voit diminuer graduellement la sécrétion salivaire.

A partir du 20 novembre, la fistule ne s'ouvre que tous les trois jours, restant oblitérée par une petite croûte.

Quand la malade fut présentée à la Société des sciences médicales, le 8 décembre 1886, la fistule était complètement tarie depuis quinze jours et la guérison confirmée.

OBSERVATION XII (Résumée).

Louis (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1762).

Le malade, dont Louis nous rapporte l'observation, portait une fistule du canal de Sténon. Il essaya d'abord de faire la compression sur l'orifice de la fistule, il en résulta un gonflement de la glande qui ne fit qu'augmenter jusqu'au quatrième jour. Cessant alors la compression, il employa le procédé du séton; dès qu'il fut placé, la salive cessa de couler aussi abondamment sur la joue; les jours suivants, il passa la pierre infernale sur les bords de l'orifice fistuleux.

Vers le onzième jour, après avoir diminué le séton de deux fils, Louis le supprima; à l'aide de cautérisations, la fistule ne tarda pas à se cicatriser complètement.

OBSERVATION XIII (Résumée).

Morand (*Mém. de l'Académie royale de chirurgie*, 1762).

Fistule du canal de Sténon consécutive à un abcès. Bout antérieur du canal perméable. Guérison par le procédé du séton en huit jours.

OBSERVATION XIV (Résumée).

Coutavox (Louis). (*Mém. de l'Académie de chirurgie*, T. III, page 450.)

Un homme atteint d'une fistule du canal de Sténon, suite

d'abcès au niveau de la région massétérienne, fut traité sans succès par les astringents, la compression, les agglutinatifs. Coutavox fit une route artificielle à la salive, en perçant la joue de dehors en dedans. Dans le nouveau conduit, il y plaça un séton qui gênait beaucoup le malade parce qu'il traversait le masséter. Il eut recours alors à une deuxième ponction suivant la direction du canal. Le séton qu'il mit dans cette seconde plaie resta un mois. Coutavox, en le supprimant, lui substitua un fil simple; mais les orifices intérieur et extérieur étant devenus calleux: il en détruisit les callosités au moyen d'un disque de minium. A la chute de l'escharre, l'ouverture diminua beaucoup, mais la salive continuait de couler extérieurement malgré la compression et l'usage de remèdes dessiccatifs. On remplace alors le fil par un séton. Au bout de quinze jours, la salive passe presque toute par la bouche. On diminue la grosseur du séton et on le tire par l'intérieur de la bouche, de façon qu'il n'en paraisse pas à l'extérieur de la plaie. On ne supprime cette mèche qu'après la consolidation qui ne se fait pas longtemps attendre. Quoique la plaie fût fermée, quand le malade mangeait, il sortait encore une espèce de rosée au travers de la cicatrice. Coutavox mit sur celle-ci de la colophane en poudre et pardessus un emplâtre d'André de la Croix, au bout de cinq à six jours, il trouva la guérison parfaite.

#### OBSERVATION XV (Résumée).

M. Jobert (*Gazette des Hôpitaux*, 1848, page 105).

Vodel, âgé de 25 ans. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 4 février 1848. Cet homme portait une fistule salivaire depuis plusieurs mois, elle était consécutive à trois ou quatre abcès

qui étaient dus eux-mêmes à une dent cariée. La fistule est sur le milieu de la ligne qui va de la commissure gauche de la bouche au lobule de l'oreille. Quand on introduit un stylet dans l'orifice, on voit que la peau est décollée en bas où elle forme un cul-de-sac. En haut et en dehors, le stylet s'engage dans le canal, sans doute celui de Sténon. Le liquide qui s'accumule dans le sac a été reconnu de nature salivaire, il s'écoule abondamment quand le malade mange.

M. Jobert extrait d'abord la dent cariée, cette précaution ne modifie nullement la fistule. Le 20 février, il se décide à l'opérer.

Il passe un seton dans l'épaisseur de la joue pour déterminer la formation d'un nouveau canal. Quant il crut le canal tapissé par une muqueuse de formation nouvelle, M. Jobert rapprocha les bords avivés de la solution de continuité de manière à fermer extérieurement le nouveau canal; il maintint ses bords en contact à l'aide de la suture entortillée.

Le 29 février, réunion complète. Guérison.

#### OBSERVATION XVI (résumée).

M. Pozzi. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 12 juillet 1883).

Fistule du canal de Sténon guérie par le simple passage et le séjour pendant trois jours d'un tube à drainage passé directement à travers l'orifice cutané.

Jeune fille de 25 ans, qui à la suite d'un refroidissement eut une périostite du maxillaire supérieur. La malade avait la deuxième molaire gauche cariée. Un médecin ouvre l'abcès en

dehors ; cet abcès suppure jusqu'au 1<sup>er</sup> mai dernier, où l'écoulement cesse complètement.

Le 1<sup>er</sup> juin, avulsion de la dent cariée. A la suite de cette opération la cicatrice de l'abcès se rouvre et laisse couler par un petit orifice un liquide clair, plus abondant au moment des repas.

A son entrée à l'hôpital, on constate au milieu de la joue une cicatrice exactement sur le trajet du canal de Sténon. Au fond de cette cicatrice est un orifice étroit.

*Opération.* — Passage d'une sonde cannelée par l'orifice et incision sur la sonde de la muqueuse buccale au niveau de la première molaire. Passage d'un drain dont on réunit les deux bouts par un fil au niveau de la commissure de la lèvre gauche. La salive coule sur le tube, non plus seulement au moment des repas, mais encore dans l'intervalle.

Le lendemain le drain détermine un gonflement de la joue — cataplasme, — ce n'est que le troisième jour qu'il diminue. Le quatrième jour on enlève le drain qui sent un peu mauvais.

La salive continue à s'écouler au dehors, mais cependant un peu moins qu'au moment du drain. Cinq jours après l'enlèvement du tube la salive ne coule plus au dehors. Mais la cicatrice adhère toujours au maxillaire supérieur, était une cause de difformité.

Pour la faire disparaître M. Pozzi fit l'opération suivante : incision circulaire au niveau de la joue. Dissection, extraction de la masse fongueuse et du tissu nodulaire sous-jacent. Débridement sous-cutané et rapprochement par glissement des lèvres de la plaie, sept points de suture. Pansement un peu compressif pendant trois jours. La réunion des lèvres de la plaie est presque complète. Mais deux jours après, petit point rouge gonflé au niveau de la partie médiane de la

suture, puis ouverture circulaire qui laisse couler la salive à l'extérieur.

Cautérisation au nitrate d'argent de cet orifice pendant huit jours. Il se ferme. A partir de ce moment guérison complète, la salive ne coule plus du tout au dehors ; on la voit au contraire suinter goutte à goutte à la face interne de la joue.

#### OBSERVATION XVII (résumée).

(M. Delore, de Lyon.)

*Fistule traumatique du canal de Sténon. Dissection et renversement en dedans du canal. Guérison.*

Chollet Claude, 8 ans, entré le 18 août 1868 à l'hôpital de la Charité, de Lyon, a été frappé il y a un an par un bœuf dont la corne, pénétrant par la bouche, a traversé la joue droite de l'enfant. Aussitôt l'accident, suture entortillée. La plaie s'est cicatrisée, mais en laissant subsister une petite fistule salivaire.

En septembre, M. Laroyenne tente une suture qui échoue. La compression sur l'orifice au moyen de couches de collodion reste également sans effet.

Fin novembre, la joue présente en avant du bord extérieur du masséter, au milieu d'une cicatrice, un petit pertuis qui donne issue à un liquide transparent, abondant au moment des repas.

M. Delore essaya de rétablir un conduit salivaire par le procédé de Deguise.

Le 8 décembre, l'écoulement de la salive paraît diminuer, mais le 10, un petit abcès s'est formé au niveau de la fistule et

dès lors la moindre pression exercée au-dessus de l'angle de la mâchoire suffit pour rétablir l'écoulement.

Le 8 mars 1869, M. Delore a recours à une opération nouvelle qui consiste à disséquer le bout postérieur du canal de Sténon et à en faire le renversement dans la cavité buccale. Enfin la plaie extérieure est réunie par une suture métallique.

Trois jours après l'opération, gonflement de la parotide qui se résout sans suppuration. La plaie s'est réunie par première intention.

Huit jours après l'opération, le malade ayant mangé du pain, la sonde disparaît, on croit un moment qu'il l'a avalée. Une tumeur phlegmoneuse se développe alors entre la commissure labiale et la suture. On pense que c'est le sétou qu'on avait placé dans l'avant-dernière opération qui est la cause de cette inflammation et on l'enlève. L'abcès n'en continue pas moins sa marche, on l'ouvre et l'on aperçoit à l'intérieur la sonde dont l'extrémité libre avait pénétré dans la joue pendant les efforts de la mastication. On extrait ce corps étranger. L'ouverture de l'abcès se cicatrise promptement.

Fin mai la cicatrice est complète.

Depuis l'opération, il n'y a pas eu d'écoulement à la surface externe de la joue. Par contre, on s'est assuré encore ces jours derniers que l'orifice fistuleux transporté dans la bouche est toujours perméable.

### OBSERVATION XVIII

Le Fort (Pris. Thèse de Paris, 1883.)

Hérambourg Jean, 55 ans, entre le 25 février 1882, dans le

service du professeur Le Fort, à l'Hôtel-Dieu. A la suite de cautérisations faites sur un petit bouton situé sur la joue gauche, il en résulta une plaie assez large et assez profonde. Ce ne fut qu'après la seconde cautérisation que le malade s'aperçut qu'au moment de ses repas il s'écoulait sur sa joue un liquide transparent provenant de la plaie.

Il est admis le 25 février à l'Hôtel-Dieu.

Sur le milieu de la joue gauche existe une surface déprimée blanchâtre d'aspect cicatriciel ; cette surface est d'ordinaire mouillée d'un liquide clair que l'on voit s'écouler d'un petit orifice à fond rougeâtre situé sur une ligne étendue du tragus à la commissure labiale, à 4 cent. 1/2 de celle-ci et à 6 cent. 1/2 du tragus.

Lorsqu'on presse sur le masséter le canal de Sténon, on fait sortir de celui-ci une grosse goutte de liquide ; si on le comprime, l'écoulement s'arrête. Il augmente pendant la mastication. Un stylet introduit par l'orifice remonte en arrière dans le conduit de Sténon, suivant une longueur de 5 centimètres.

Le 28 février, M. Le Fort, introduit par l'orifice dans le canal de Sténon une aiguille courbe enfilée d'un fil de soie ; l'aiguille perce la joue de part en part à un demi-centimètre en arrière de l'orifice fistuleux et est retirée par la bouche avec le fil qu'elle entraîne. L'autre extrémité du fil est enfilée sur une autre aiguille qu'on introduit également par l'orifice fistuleux, cette aiguille perce obliquement la joue d'arrière en avant et est retirée également par la bouche. Il y a donc, à travers la joue, une anse au niveau de l'orifice cutané, anse cachée dans l'épaisseur de la joue et dont les deux chefs, après avoir traversé la joue, sortent par la bouche. Ces deux chefs sont réunis par un nœud modérément serré. Le but de l'opération est de mortifier les parties molles de la face interne

de la joue embrassées par le fil, afin de constituer un nouvel orifice interne au conduit de Sténon.

C'est le procédé de Malgaigne avec cet avantage que la précaution d'engager d'abord l'aiguille dans le canal de Sténon, assure la correspondance du conduit normal persistant en arrière de la fistule avec la nouvelle ouverture créée dans la bouche par la striction du fil.

5 mars. Un peu de pus s'écoule par la fistule, la quantité de salive est moins considérable.

16 mars. On fait manger le malade, pas d'écoulement de salive sur la joue. On sectionne par la bouche l'anse de fil qui est un peu lâche et on la retire, elle n'a coupé qu'en partie, les parties molles qu'elle embrassait.

28. Un peu de salive sur la joue pendant la mastication. M. Le Fort attribuant l'insuccès à la non section des parties comprises par le fil, répète le 29 mars la même opération que le 28 février, mais cette fois le fil de soie sert à entraîner un fil de caoutchouc dont les deux chefs sont serrés par la bouche.

6 avril. Le fil de caoutchouc tombe de lui-même dans la bouche, le nœud et l'anse de fil sont intacts, toutes les parties serrées par le fil sont coupées.

7 avril. Ecoulement sur la joue de très peu de salive ; il va en diminuant, au bout de quelques jours il a cessé et l'orifice cutané s'est spontanément oblitéré.

Le malade sort guéri, il a été revu deux fois depuis le 7 avril, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XIX (Résumée).

Professeur Trélat. (Thèse Cadot, 1872).

Un homme reçoit un éclat d'obus à la joue droite, pendant la Commune, en mai 1871. Il est emmené sur les pontons. Pendant que la plaie se cicatrise, le malade s'aperçoit de l'écoulement d'un liquide clair sur la joue.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 27 janvier 1872, la plaie est guérie, c'est une longue cicatrice, un peu profonde, parallèle à l'os malaire et un peu oblique sur la direction du canal de Sténon. A la partie médiane de cette cicatrice, juste au milieu du masséter, existe un petit orifice presque imperceptible d'où la salive coule en abondance pendant la mastication. Un petit stylet pénètre facilement par cet orifice dans le bout glandulaire, mais le bout buccal est imperméable soit par la fistule, soit par la bouche.

6 février, M. Trélat introduit par la fistule, jusque dans la bouche, un trocart de deux millimètres de diamètre; il y glisse un fil de fer et retire la canule. Le fil de fer a un bout dehors, un bout dans la bouche. Dans un second temps, le trocart pique la muqueuse buccale à six ou sept millimètres en avant du point par où sort le fil de fer, est conduit difficilement autour du bord du masséter et vient sortir à côté du fil de fer dans la fistule. Ce poinçon retiré, le chef externe du fil métallique est courbé et engagé dans la canule du trocart, il arrive dans la bouche. La canule du trocart est alors enlevée par la cavité buccale. On a une anse de fil de fer dont les deux chefs séparés par une petite épaisseur de parties molles de la joue aboutissent dans la bouche, l'anse correspondant exacte-

tement à la fistule. Les deux chefs du fil sont introduits dans un serre-nœud et fortement serrés. Le serre-nœud, maintenu dans la bouche, est fixé à la commissure droite des lèvres.

Vives douleurs dans la journée. Le fil est serré deux fois par jour ; néanmoins on n'arrive pas à couper les tissus.

Le quatrième jour le fil casse, mais la constriction a été assez forte pour que toutes les parties comprises dans l'anse soient mortifiées. L'escharre se détache le 12 février et laisse un large conduit artificiel allant de la fistule à l'intérieur de la joue. Tous les deux jours on le maintient dilaté par une tige de laminaria.

20 février. Opération autoplastique pour oblitérer la fistule ; avivement des bords. Les sutures étaient enlevées et la guérison paraissait assurée quand le 27 février le malade est pris d'un érysipèle de la face.

10 mars. L'érysipèle est guéri, mais l'orifice buccal s'est rétréci et la cicatrice du lambeau a cédé sur un petit point par où la salive s'écoule de nouveau. On cherche l'orifice artificiel, mais en vain.

Le 20 mars. Le malade quitte l'hôpital, la plaie de la joue étant guérie. Dix-huit jours plus tard il revient et raconte que le lendemain de son départ la salive avait cessé de couler sur sa joue ; la salive s'écoulait en entier dans la bouche, mais il fut impossible de pénétrer dans l'orifice au moyen d'un stylet assez gros, il est vrai, pour rendre cette exploration difficile.

## OBSERVATION XX

Communiquée par M. Richelot, agrégé à la Société de chirurgie. Séance du 5 juillet 1883.

A... 42 ans, chauffeur, se trouvait à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, 22, pendant le mois d'août 1881. Cet homme a reçu un coup de feu dans la joue droite il y a 25 ans; aujourd'hui la mâchoire est ankylosée, les dents ne s'écartent que d'un millimètre, les aliments sont introduits en très petits fragments par une brèche dentaire et avalés sans mastication.

Le malade est entré à l'hôpital le 15 juillet 1881, pour une fistule salivaire du canal de Sténon, qui est avec l'ankylose un résultat de l'ancienne blessure et qui siège à la partie la plus reculée du conduit, sur la face externe du masséter gauche. Depuis plusieurs années, cette complication locale a passé par des phases diverses : de temps à autre un abcès de voisinage se forme au-dessous de la fistule sur la face externe du masséter; aussitôt qu'il est ouvert la fistule se cicatrise et la salive se met à couler par l'orifice de l'abcès. Tant que celui-ci est entretenu par une mèche ou un tube à drainage, l'orifice anormal du canal de Sténon reste fermé; laisse-t-on guérir l'abcès, aussitôt la fistule se reproduit et donne issue à la salive parotidienne. Bien des fois déjà le malade a subi ces vicissitudes et il vient nous demander d'y mettre fin. Voici dans quel état il se présente :

La fistule est guérie et remplacée par une petite cicatrice légèrement déprimée, d'apparence résistante; à 3 centimètres au-dessous d'elle à peu près sur la même verticale existe un orifice pareil au premier, tous deux ont été faits par un

médecin il y a quelques semaines et sont aujourd'hui traversés par un tube à drainage. Le malade sait par expérience que s'il enlevait le tube et laissait guérir l'abcès la fistule s'ouvrirait de nouveau. La salive coule abondamment, surtout après les repas, par l'orifice antérieur de l'abcès au niveau du buccinateur. En résumé la situation est celle ci : le bout postérieur du canal de Sténon verse la salive non plus directement à l'extérieur par un orifice anormal, mais dans un foyer de l'abcès qui représente comme une dilatation ampullaire du conduit et la salive s'échappe au dehors par l'ouverture antérieure de cette dilatation mieux placée que la postérieure pour lui donner passage.

En considérant l'orifice antérieur de l'abcès comme la vraie fistule à guérir; je me donnais une tâche relativement facile, puisqu'il était situé au niveau du buccinateur et que je pouvais pénétrer dans la bouche par un trajet court et direct. Je me traçai donc le plan opératoire suivant; plonger un trocart par la fistule (orifice antérieur) à côté du drain qui l'occupe et le faire sortir sur la muqueuse buccale, vers le point où aboutit d'ordinaire le canal de Sténon; placer à l'aide de la canule un tube de caoutchouc dont l'extrémité antérieure sortira par la bouche; attacher l'extrémité postérieure au tube qui traverse actuellement le foyer et tirer de manière à faire sortir cette extrémité par l'orifice postérieur de l'abcès; de telle façon qu'une anse de caoutchouc occupera le bout antérieur de nouvelle formation et le foyer dans toute son étendue, laissant la fistule dépourvue de corps étranger. Ensuite j'aviverai la fistule et la fermerai par un point de suture; quand la salive aura repris son cours vers la cavité buccale, j'ôterai l'anse de caoutchouc et je n'aurai plus à guérir ou à laisser guérir de lui même que l'orifice postérieur de l'abcès, dernier temps sans importance pour les raisons que j'ai signalées.

En choisissant un tube à drainage pour reconstituer les voies salivaires, je ne pouvais affirmer d'avance qu'il suffirait, mais je voulais tenter un moyen très simple dans son exécution et que les tissus devaient tolérer facilement; tel est le double motif qui m'éloignait à priori des autres procédés, Duphœnix, Deguise et Béclard. Voici maintenant ce qui arriva :

L'opération fut faite le 25 août 1881. Je perforai la joue avec un trocart à hydrocèle, je plaçai le drain, et je fis, dans la même séance, l'avivement et la suture avec un crin de florence. Les jours suivants, il y eut gonflement et douleurs modérées; on fit des injections phéniquées par le tube; mais la suture ne tint pas et la salive se remit à couler.

Ce premier échec me parut s'expliquer facilement; le gonflement inflammatoire des premiers jours comprimait le tube à drainage, et la salive ne pouvant couler par lui ni autour de lui, s'était fait jour de nouveau par la fistule. Je résolus donc de placer un tube de plus gros calibre, de le percer d'orifices plus nombreux et surtout je compris qu'il fallait prendre patience et qu'il fallait faire l'opération en deux temps; je devais consacrer plusieurs jours à faire le trajet et ne tenter l'oblitération de la fistule qu'après avoir assuré la perméabilité du nouveau canal.

Je laissai passer le gonflement inflammatoire, et bientôt le tube à drainage que j'avais mis le 25 août put glisser librement au milieu des tissus; alors je le remplaçai le 3 septembre par un tube plus large et muni d'un plus grand nombre de trous. En même temps je m'aperçus que la fistule s'était d'elle-même rétrécie, preuve que déjà la présence du premier tube avait en partie dérivé le cours de la salive, bien que le malade ne me fournit à cet égard aucun renseignement précis. Je pus même croire un instant qu'avec le nouveau tube une ou

deux cautérisations au nitrate d'argent suffiraient pour oblitérer la fistule.

Les choses restèrent ainsi jusqu'à la mi-septembre. Pendant cette quinzaine, la salive sortait toujours par l'orifice anormal, surtout après les repas. Mais il en coulait aussi dans la bouche. Peu à peu le malade s'en rendit mieux compte et prit l'habitude, après chaque repas, d'exercer des pressions d'arrière en avant pour forcer la salive à se diriger vers la cavité buccale. Bientôt, sous la pression du malade, le liquide parotidien suivit en majeure partie le nouveau trajet et la fistule devint presque sèche, ce qui me fit penser qu'en fin de compte le tube de caoutchouc suffirait à reconstituer les voies salivaires et que je n'étais pas loin d'atteindre mon but.

Le 17 septembre, avivement infundibuliforme et suture avec un crin de Florence. Pansement phéniqué simple. Je me garde bien d'enlever le tube à drainage ; car il faut, je l'ai dit en commençant, que le conduit de nouvelle formation soit maintenu par un moyen artificiel, tant que la cicatrisation de la fistule n'est pas assurée.

Le 24 septembre, ablation du crin de Florence. La fistule est fermée, rien ne coule plus au dehors ; cependant, le malade continue à exercer des pressions qui favorisent le cours de la salive. Enfin, dans la première semaine d'octobre, l'écoulement se fait dans la bouche, naturellement et sans difficulté. La cicatrice me paraissant solide et la nouvelle voie intragénienne bien canalisée, je me décide, le 13 octobre, à enlever le tube à drainage.

L'orifice postérieur de l'ancien abcès restait seul à guérir ; ainsi que je l'avais prévu, il se ferma bientôt presque de lui-même et, le 17 octobre, la guérison était parfaite. Le malade fut encore tenu en observation jusqu'au 22 et partit pour Vincennes,

Cet homme fut revu l'année suivante, la guérison s'était maintenue.

## OBSERVATION XXI

M. Moty (*Gazette des hôpitaux*, 15 octobre 1895.)

S... civil, européen, entre le 4 février 1882 à l'hôpital de Guelma pour une fistule salivaire gauche datant de six mois ; il a été atteint, à cette époque, de plaie par instrument tranchant qui a laissé une cicatrice verticale de 7 centimètres, à 1 centimètre environ en avant et au dessous du lobule de l'oreille ; la réunion s'est faite secondairement, sans complication, mais a laissé une petite fistule, par laquelle une salive franchement alcaline s'écoule au moment des repas ; il s'en écoule également une petite quantité en dehors des repas, mais elle est neutre ou légèrement alcaline, elle n'irrite pas la joue.

Du côté de la muqueuse buccale, on remarque que l'orifice gauche du canal de Sténon a presque disparu : il ne fournit plus de salive et je ne réussis pas à y introduire un stylet qui passe facilement dans le canal, du côté droit.

Le 7 février, je pratique une incision horizontale sur la fistule, de manière à rechercher les bouts du canal ; cette recherche reste inutile, mais l'incision sert à faire pénétrer une longue aiguille ordinaire à faible courbure, armée de trois crins, de la partie profonde de la fistule dans la cavité buccale ; l'aiguille est conduite obliquement et vient sortir au niveau de l'orifice oblitéré du canal de Sténon ; confiant alors à un aide le chef buccal des crins, j'enfile à nouveau le chef extérieur et repasse dans la même direction ; l'anse de mes crins occupe la partie la plus profonde de la fistule qu'elle

attire du côté de la cavité buccale. Les crins sont noués dans la bouche, sans trop serrer, et coupés au ras du nœud ; suture de l'incision cutanée et collodion.

Le 8. La salive coule dans le pansement.

Le 9. Elle commence à couler par la bouche, mais continue de mouiller le pansement.

Le 10. Avivement et suture.

Le 11. Pas d'écoulement par la fistule.

Le 12. Echec de la suture.

Le 18. Nouvel avivement, suture entortillée avec quatre épingles.

Les 21 et 22. Ablation successive des épingles, réunion imparfaite ; il suinte un peu de salive entre les lèvres de la plaie au moment des repas.

Le 25. Guérison complète, ablation des crins par la bouche.

Le malade, sorti guéri le 27 février et revu dans la suite, est resté parfaitement guéri ; la cicatrice de la joue est souple et peu apparente, le fonctionnement du nouveau canal ne diffère pas de celui de son congénère.

#### OBSERVATION XXII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Floersheim, interne des hôpitaux.

Fistule du canal de Sténon, d'origine traumatique. Traitement par le procédé de la ponction unique. Guérison.

Tulp... Eug., 34 ans, plombier, entre le 4 juillet 1895, à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le docteur Reynier. Il présente, à peu près au niveau de la partie moyenne de la joue droite, un orifice fistuleux arrondi, par

Le 10 août. Une goutte de salive vient sourdre à deux ou trois reprises au niveau de la plaie, mais les mouvements de mastication n'augmentent pas l'écoulement.

Le 15 août. La plaie est complètement fermée, aucune issue de liquide salivaire. Cet état continua les jours suivants et le 21, le malade put sortir complètement guéri.





## CONCLUSIONS



1° Le nombre considérable de traitement des fistules salivaires et en particulier du canal de Sténon, prouve la difficulté qu'ont éprouvée tous les chirurgiens à obtenir la guérison radicale des lésions de ce genre.

2° Il n'existe pas, à proprement parler, de procédé type à appliquer aux fistules parotidiennes ou canaliculaires, ces procédés variant suivant le siège de la fistule et suivant surtout la conception momentanée du chirurgien.

3° A part les procédés anciens qui peuvent réussir dans quelques cas particuliers (oblitération directe, cautérisation, compression, etc.) et qu'on ne devra jamais négliger de tenter, la thérapeutique chirurgicale doit se borner à obtenir la guérison, soit par

l'atrophie de la glande, soit par le rétablissement de la continuité du canal.

4° L'atrophie de la glande, par ligature du canal de Sténon, par injections graisseuses atrophiantes, ne constitue jamais le procédé de choix et ne doit être tentée que contre les fistules persistantes et rebelles à tout autre traitement.

5° Jusqu'à nouvel ordre, les procédés de choix demeureront toujours ceux qui, ont pour but de rétablir le cours de la salive par un canal artificiel, c'est-à-dire :

- a) le procédé de la simple ponction ;
- b) le procédé de la double ponction.





## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE



- Alli.* — Archives générales de médecine, 1818. Tome VI, page 194.
- Bonnafond.* — Annales de la chirurgie française et étrangère, 1841. Tome II.
- Borel.* — Gazette des hôpitaux, 1859.
- Boyer.* — Maladies chirurgicales. Tome VI.
- Cadot.* — Thèse Paris, 1872.
- Coursier.* — Thèse Paris, 1885.
- Croserio.* — Archives générales de médecine, 1825.
- Compendium* de chirurgie pratique, Paris, 1852. Tome III.
- Delore.* — Bulletin de thérapeutique, 1869, Tome LXXVII.
- Deguisse.* — Bulletin de la Faculté de médecine. Paris, 1811, n<sup>o</sup> II.
- Duphænix. Morand. Louis.* — Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Paris, 1757-1774, page 431.
- Gosselin.* — Bulletin de la Société de chirurgie, 1859.
- Jobert.* — Gazette des hôpitaux. 1859.
- Desault.* — Œuvres chirurgicales. Tome II.

- Hayem.* — Revue. Années 1882, 1885, 1887.  
*Higguet.* — Liège, 1868.  
*Lebon.* — Thèse Paris, 1879.  
*Larrey.* — Clinique chirurgicale, 1829. Tome II, page 32.  
*E. Martin.* — Revue médicale de la Suisse Romane, Genève, années 1883, 1886.  
*Michalsky.* — Bulletin, Société de chirurgie, Paris, 1882. Tome VIII, page 91.  
*Mirza de Gaffary.* — Thèse Paris, 1867.  
*Mollière.* — Lyon Medical. Tome LIV, 1887, page 39.  
*Nesty.* — Thèse Paris, 1875.  
*A. Paré.* — Edition Malgaigne. Paris, 1840. Tome VI.  
*Percy.* — Bulletin de l'Académie de médecine, 1811. Tome I.  
*S. Pozzi.* — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie. Paris, 1882, tome III, page 547.  
*Richelot.* — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. Paris, 1882, tome III.  
*Rodolphi.* — Gazette hebdomadaire, 1854.  
*Tussan.* — Thèse de Lyon, 1884-1885, n° 251.  
*Traité*s classiques de chirurgie.

---

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.







